Lane Medical Library

Ueber

Madelung'schen Fetthals

(diffuses Lipom des Halses).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medicinischen Facultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Heinrich von Oiste

pract. Arzt aus Geestemünde (Hannover).

Marburg, 8. Januar 1897.

Druck von „Gutenberg", Druckerei und Verlag, Act.-Ges., Berlin W., Lützowstrasse 105.

Ueber

Madelung'schen Fetthals

(diffuses Lipom des Halses).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medicinischen Facultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Heinrich von Oiste

pract. Arzt aus Geestemünde (Hannover).

Marburg, 8. Januar 1897.

Druck von „Gutenberg", Druckerei und Verlag, Act.-Ges., Berlin W., Lützowstrasse 105.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/madelungschenfet0000hein

Auf der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin 1886*) beschrieb Madelung-Rostock eine Krankheitsform, die wegen der Seltenheit ihres Vorkommens bis dahin nur wenig Beachtung gefunden hatte. Entsprechend seiner Beobachtung, dass das durch eine diffuse Fettentwicklung gekennzeichnete Leiden seinen Lieblingssitz am Nacken und Hals hatte, bezeichnete er es mit dem ebenso kurzen wie treffenden Namen „Fetthals“ oder „diffuses Lipom des Halses“.

Drei Jahre später schilderte Curschmann, offenbar unbekannt mit der Veröffentlichung Madelung's, dasselbe Leiden als neue Krankheit unter dem Namen „Lipomatosis perimuscularis circumscripta“, weiterhin Virchow als „Polysarcia lipomatodes“ und Billroth als „Lipomatosis regionaria“. Das Interesse für die Krankheit wuchs, die beobachteten Fälle wurden veröffentlicht, und so konnte ich jetzt, 10 Jahre nach Madelung's Mitteilung, aus der neueren Literatur 21 neue Fälle von Fetthals sammeln und an ihnen und einem selbst beobachteten Falle die Richtigkeit des von Madelung mit so grosser Bestimmtheit beschriebenen Krankheitsbildes prüfen.

Fall I hatte ich in diesem Sommer Gelegenheit zu beobachten. Herr Kreisphysicus Dr. Guder zu Laasphe hat ihn mir freundlichst zur Verfügung gestellt.

I. A. S in L., 57jährig, war früher Drechsler und litt angeblich 8 Jahre lang an Asthma. In seiner Familie sind Geschwülste und besonders starke Fettleibigkeit nicht vorgekommen. 1894 machte S. eine Influenza durch. Kurz darauf bemerkte er ausser einem Stärkerwerden des Leibes die schnell wachsenden Tumoren im Nacken.

*) Siehe auch Langenbeck's Archiv f. Klin. Chir. Bd. 37, 1888, S. 106.

Im Frühjahr 1895 kam Patient in die Behandlung des Herrn Kreisphysikus Dr. Guder, der ihn $^1/_4$ Jahr lang beobachtete und im Marburger ärztlichen Verein demonstrirte.[1]) S. ging dann ohne Beschwerden seiner Beschäftigung nach, bis eine chronische Gastritis, die er sich jedenfalls durch starke alkoholische Excesse zugezogen hatte, ihn wieder ärztliche Behandlung suchen liess.

Ich fand folgenden Status vor: Der Kranke, ein kräftig gebauter, mittelgrosser Mann, zeigt hochgradige Macies. Das Nervensystem ist völlig intact. Die Brustorgane weisen ausser einer rechtsseitigen Phthisis keine Veränderung auf. Sein Hauptleiden ist eine chronische Gastritis, infolge deren er fast keine Nahrung zu sich nimmt. Die Radialis ist geschlängelt. Urin ist frei von Eiweiss und Zucker.

Der Nacken ist verbreitert durch eine grosse Geschwulstmasse. Links, angrenzend an die Linea semicircularis externa ossis occipitis, 2 cm vom Ansatze der Ohrmuscheln entfernt, findet sich eine halbkugelige Geschwulst, die den Proc. mast. völlig verdeckt, correspondirend mit ihr erscheint rechts oben ein kleinerer und durch eine Querfurche getrennt, unter ihm ein grösserer Tumor. Ueber dem siebenten Halswirbel liegt, von jenen durch eine tiefe Querfurche geschieden, eine grosse Geschwulst, deren unteres Ende beiderseits die Spina scapulae erreicht. Der Halswirbelsäule entsprechend verläuft vom Hinterhaupt bis zum unteren Pol der tiefer liegenden Geschwulst eine Längsfurche, die in ihrer oberen Hälfte tief, in der unteren seichter, die Geschwülste in zwei symmetrisch zu beiden Seiten der Wirbelsäule liegende Partien teilt. (Fig. I u. II.)

Von beiden Schultern erstreckten sich Fettmassen auf die Oberarme herab, die damit in auffallendem Contrast zu den abgemagerten Unterarmen stehen. Auf den Beugeflächen der letzteren finden sich zwei genau abgegrenzte, auf der Unterlage verschiebliche, hühnereigrosse, symmetrische Tumoren.

Am Thorax ist das Fettgewebe im Bereiche der beiden Mammae geschwulstartig gewuchert und am Bauche zeigt es eine bedeutende Vermehrung im Bereiche der Musc. recti. Vorder- und Hinterfläche beider Oberschenkel sind verdickt.

Die Haut ist mit den Geschwülsten verwachsen, nicht verschieblich, beim Anspannen tritt die characteristische Faltenbildung zu Tage. Die Consistenz der Tumoren ist weich elastisch, nur an den Rändern fester. Auf der Unterlage sind sie wenig verschieblich. Deutlich ist beim Betasten die Läppchenbildung zu constatieren. Alle Merkmale der Lipome

[1]) Berl. Klin. Wochenschrift 1896, No. 4, S. 91.

sind vorhanden, nur die beiden Unterarmgeschwülste sind gegen die Umgebung abgrenzbar, alle übrigen verlieren sich allmählich in das umgebende Gewebe. Am Bauche folgen sie völlig dem Verlaufe beider Recti.

Die Tumoren haben dem Patienten zu keiner Zeit Beschwerden gemacht. Nur litt er bisweilen an Mattigkeit in den Armen.

Im October 1896 verstarb der Patient. Die Section wurde von Herrn Dr. Guder ausgeführt. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle wurden im Zusammenhang herausgenommen. Am Nacken wie am Bauche wurden Lipomteile mit Haut- und Muskelgewebe excidirt. Haut und Musculatur waren eng mit den Fettmassen verbunden, die überall zwischen die Musculatur hineindrangen und nicht scharf abgegrenzt erschienen. Im pathologischen Institut zu Marburg wurde festgestellt: Peribronchitis chronica tuberculosa pulmonum et ulcera tuberculosa intestini; Pneumonomycosis aspergillina pulmonis sinistri. Embolia rami arteriae pulmonalis sinistri et abscessus pulmonis sinistri. Mycosis aspergillina circumscripta ibidem. Lipomatosis.

Die rechte Lunge war stark verwachsen, bei der Herausnahme trat eine Gewebszerreissung ein. Die linke erschien ohne stärkere Adhäsionen. Herzbeutel fettreich. Herz klein, schlaff. Klappen unverändert.

Die linke Lunge ist durchsetzt mit sehr zahlreichen, meist in Gruppen stehenden, grau durchscheinenden; an einigen Stellen auch deutlich käsigen Tuberkeln; an der Spitze mehrere kleine Cavernen mit käsiger Wandung. Im Unterlappen findet sich ungefähr in der Mitte dem vorderen Rande entsprechend ein eigenthümlicher, bereits äusserlich abgegrenzter Herd, der sich sehr weich anfühlt und an der Pleuraoberfläche zarte fibrinöse Beschläge erkennen lässt. Beim Einschneiden wird die eine Höhle eröffnet, aus welcher mit einiger Gewalt Luft hervorbricht. Die Höhle ist im ganzen ziemlich glattwandig, von einigen gröberen Balken durchzogen; in der Wand zahlreiche Gefässstümpfe. Die Wand selbst ist missfarbig, an der Aussenfläche nur von der Pleura gebildet, sodass die ganze Höhle äusserst dünnwandig erscheint. Nirgends käsige Massen. An einer Stelle der Höhle findet sich eine ca. erbsengrosse knopfartige Hervorragung, die mit kleinen stecknadelkopfgrossen weissgrauen Körnern besetzt ist. Aehnliche Körner finden sich als Ueberzug auf einigen Gefässstümpfen und unregelmässig über die Wand zerstreut. Der Inhalt der Höhle ist geruchlos, schmutziggrau, gelblich.

In einem zu der Höhle führenden Pulmonal-Arterien-Ast steckt ein langer fast entfärbter fest adhärenter Pfropf.

In der rechten Lunge findet sich ebenfalls sehr verbreitete käsige Peribronchitis, keine grössere Höhle.

Zahlreiche tuberculöse Geschwüre in Jejunum, dem oberen Teile des Ileum und im Colon; unteres Ende des Ileum ziemlich frei.

Leber von gewöhnlicher Grösse, mit ziemlich undeutlicher Läppchenzeichnung, enthält einige Tuberkel.

Milz nicht vergrössert, ziemlich weich. Nieren ohne besondere Veränderung. Am Magen ist nichts genaues mehr festzustellen; cadaveröse Erweichung der Schleimhaut.

Das Mesenterium ist ungemein fettreich, der seröse Ueberzug eigentümlich rauh dadurch, dass auf demselben zahlreiche feinste papilläre Fettläppchen hängen, welche an einigen Stellen auch grössere polypöse Anhänge bilden.

Die der Nackengegend entnommenen Weichteile waren nur an einer Stelle noch in Verbindung mit der Haut; auch von der unterliegenden Muskulatur war nur ein kleiner Teil erhalten. Nach Härtung der grösstentheils aus Fettgewebe bestehenden Masse in Formol und Anlegung eines annähernd senkrecht zur Oberfläche durchgeführten Durchschnittes war ersichtlich, dass keine scharf abgegrenzte Lipombildung vorlag, sondern eine ziemlich allmählich in das umgebende Unterhautfettgewebe übergehende Wucherung und Vergrösserung der Fettläppchen, durch welche die bereits in der Nachbarschaft ziemlich dicke Fettschicht bis auf mehrere Centimeter zunahm. Mit der darunter liegenden Fascie (des M. trapezius?) hängt dieselbe sehr innig zusammen, erstreckt sich jedoch nicht weiter in die Tiefe hinein. Von der Cutis ist das Fettgewebe scharf abgegrenzt.

Die weisslichen körnigen Massen an der Innenfläche der Abcesshöhlen der Lunge erweisen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Pilzrasen mit gut erhaltenen Fruchtträgern, welche sich als die einer Aspergillusart (Aspergillus fumigatus?) erweisen. Leider gelang es nicht die Pilze zu cultiviren. Ein mikroskopischer Durchschnitt durch ein kleines Gewebsstück, welches einer der kleinen Hervorragungen entnommen war, zeigte stark verändertes, necrotisches Lungenparenchym, welches von der Peripherie her mit Pilzfäden durchzogen war. Augenscheinlich handelte es sich um nachträgliche Ansiedelung des Aspergillus in der infolge von Embolie in die Arterie entstandenen Abscesshöhle.

II. Ehrmann, Ueber multiple symmetrische Xanthelasmen und Lipome, J. D. Tübiegen 1889. S. 26. Beiträge zur Klin. Chir. IV. Bd., II Heft.

Valentin Höflinger, 53jähriger Bader, war angeblich immer gesund. In der Familie keine Geschwulstbildung. Vor zwei Jahren entstand hinter dem rechten Ohre ohne nachweisbare Ursache eine Geschwulst, die innerhalb eines Jahres von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines Gänseeies heranwuchs, ohne aber Beschwerden zu verursachen. $^1/_2$ Jahr später begann sich links neben der ersten Geschwulst eine weitere, bis unter das linke Ohr reichende, und rechts eine dritte Geschwulst auszubilden, die besonders in den letzten Wochen rapid gewachsen sein sollen.

Pat. ist ein kräftiger, ziemlich fetter Mann mit gesunden inneren Organen.

Der Hals, dessen grösster Umfang 44 cm beträgt, erscheint stark verbreitert durch symmetrisch angeordnete Geschwülste, welche vom Nacken her nach den Seiten zu entwickelt sind. Beim Betrachten von hinten sieht man zu beiden Seiten je zwei Geschwülste, welche mit ihren Achsen zusammen ein × bilden. Als Mittelpunkt des Kreuzes ist anzusehen eine 6 cm lange Strecke, deren untere Grenze sich am Dornfortsatz des vierten Halswirbels befindet.

Die Consistenz der Geschwülste ist fest elastisch, an einigen Stellen derber; die unteren sind frei beweglich, die oberen, welche sich mehr unter die Haut des Hinterkopfes erstrecken, etwas weniger verschieblich. Die Haut ist überall in Falten aufhebbar, nirgends gerötet bis auf einen kleinen Streifen am Ansatz der Kopfhaut an die Geschwülste.

Weitere symmetrische, hühnereigrosse weiche Geschwülste von derselben Beschaffenheit der Haut liegen in beiden Fossae supra claviculares. Auffällig ist ferner eine riesige Fettentwickelung an den oberen Teilen der Streckseiten der Oberarme, wo der Panniculus adiposus fast tumorhaft sich darstellt.

Bei der Exstirpation der Nackenlipome zeigten dieselben sich aus vielen kleinen Läppchen zusammengesetzt, die teils über, teils unterhalb der Fascie sich entwickelt hatten, in die Muskelinterstitien hineindrangen, wodurch die Geschwulst schlecht abgegrenzt erschien. Glatter Heilungsverlauf. Kein Rezidiv.

III. W. R. Williams, Diffuse Lipome, Transactions of the pathological society of London 1890, p. 289. Citiert nach Marçais, Lipomes diffus du cou et de la nuque, Thèse de Paris 1894. S. 98.

Untersetzter, wohlgenährter 40jähriger Mann von guter Gesundheit, bietet einen wunderlichen Anblick. Eine grosse fast schwankende Fettgeschwulst umgab völlig den Hals, vorn und hinten eine kolossale

Masse bildend. Vor dem Halse bildete dieselbe ein Doppelkinn, das fast bis zur Mitte des Brustbeines reichte. Eine breite Furche, entsprechend der, die der Hals normaliter bildet, umgab jederseits den Tumor und die Wangen schienen sich in ihn ohne Trennungslinie fortzusetzen. Hinten erstreckten sich zwei enorme Wülste durch die Mittellinie getrennt in der Regio occipitalis und cervicalis bis auf die Spina scapulae beiderseits.

Die festen gelappten Geschwülste verursachten nachts Atemnot und behinderten die Bewegungen; über jeder Geschwulst ist die Haut gerötet und empfindlich.

An der Hinterfläche beider Oberarme und Ellenbogen fanden sich breite diffuse Lipome. Ebenso am Bauche. Die Beine waren frei.

Nach Angabe des Patienten reichte der Beginn des Leidens 12 Jahre zurück. Ursache unbekannt. Als Kutscher hatte er reichlich Gelegenheit zum Alkoholgenuss. Infolge seines Leidens musste er seinen Beruf aufgeben. Am Halse trug er die Spuren eitriger Lymphdrüsenentzündung. In seiner Familie ist keine Geschwulstbildung vorgekommen.

IV. Williams, ibidem.

23jähriger Kellner, blass, corpulent, Potator strenuus. Keine hereditäre Belastung. Seit 10 Jahren leidet er an Bronchitis. Vor $1^1/_2$ Jahren merkte er, dass unter dem Kinn eine Geschwulst sich entwickelte. Es fand sich eine diffuse Schwellung des ganzen Halses, die nach vorn herabhing und hinten sich vierlappig darstellte. Auch die rechte Schulter wies eine diffuse Geschwulst auf.

Morris operierte die Fettmasse vor dem Kinn. Sie hatte keine Kapsel und bestand nur aus Fett, aber das umgebende Gewebe schien davon infiltriert zu sein. Die Muskeln fand man gleichmässig hypertrophiert. Unter dem Mikroskop fand sich Fettgewebe mit dicken Trauben, das völlig dem normalen Fettgewebe entsprach.

V. Bucquoy, Gaz. des hôpitaux No. 77, citiert bei Bouju, Des Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse p. 33. Thèse de Paris 1892, und bei Koettnitz, über symmetrisches Auftreten von Lipomen, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 38, 1894, S. 88.

51jähriger Kanzleidiener wird wegen linksseitiger Ischias in das Hôtel Dieu aufgenommen. Kräftig gebaut, von robustem Aussehen. Kein Potator. Im 18. Jahre Lues, später mehrere Male Luftröhrencatarrh, schliesslich erkrankte er an einem varicösen Fussgeschwür und varicösem Ekzem.

Seit mehreren Jahren verspürte er öfter Schmerzen in der Lendengegend, die bis in die Beine ausstrahlten und bei feuchter, kalter Witterung intensiver wurden. Die jetzige Ischias veranlasste ihn, das Hospital aufzusuchen.

Bei der Untersuchung war man erstaunt über das eigenartige Aussehen des Kranken und über die mächtige Entwickelung seines Fettgewebes, das unter dem Unterkiefer ein wahres Doppelkinn darstellt. Hinten zeigten sich dicke Fettmassen, die symmetrisch im Nacken und hinter den Warzenfortsätzen sassen. Der Hals erschien gänzlich umgeben von einer Art Halskrause, die durch mehr oder weniger tiefe Furchen in verschiedene Partieen zerlegt war.

Die Anfänge des Leidens datierten 18 Jahre zurück. Zu gleicher Zeit entwickelten sich an verschiedenen Körperteilen ganz ähnliche Tumoren von Mandarinen- bis Orangengrösse, von runder und spindelförmiger Gestalt, alle aber symmetrisch angeordnet.

Ausser dem Fetthals mit Doppelkinn finden sich je zwei hinter den Ohren, ferner im Nacken, vier auf der vorderen Rumpfseite, zwei hinten in der Lendengegend, zwei im Scrotum, derart, dass die Hoden nach dem Leistenring zurückgedrängt werden, zwei am Oberarm, nicht weit von der Achselhöhle. Die unteren Extremitäten sind frei, auch die linke, wo die Ischias sitzt.

VI. Armand Siredey, Soc. med. des hôpitaux, 30. juin 1892. Citirt bei Bouju l. c. p. 10, bei Koettnitz l. c. p. 93. Lipomes multiples et symétriques chez un malade atteint de rhumatisme articulaire subaigu avec purpura des membres inférieurs.

42jähriger Mann wegen Gelenkschmerzen, die das Laufen unmöglich machten, ins Hôtel Dieu aufgenommen.

Keine hereditäre Belastung. Pat. hatte öfters rheumatische Beschwerden.

Die jetzige Erkrankung ist ein acuter Gelenkrheumatismus, compliciert mit Purpura haemorrhagica und einer Endocarditis aortica.

Schon vor der Untersuchung wird die Aufmerksamkeit aller Beobachter durch enorme Geschwülste, die den Hals nach Art eines Halsbandes umgeben, und die schon bei der oberflächlichsten Untersuchung sich als Lipome characterisieren, erregt. Auch auf anderen Körperstellen finden sich Tumoren. Alle sind regelmässig verteilt, vollkommen symmetrisch geordnet. Die grössten finden sich am Halse.

Vorn dicht unter dem Unterkiefer bilden sie zwei kaum von einander abgrenzbare Massen; in der Mittellinie verläuft eine seichte Furche.

Beide sind faustgross und reichen bis vor den Kehlkopf herab. Je nachdem nun der Kopf gebeugt oder erhoben wird, hat man bald den Anblick eines Doppelkinnes, bald eines grossen Kropfes, zumal die anderen Geschwulstpartieen sich hinter das Brustbein fortsetzen.

Im Nacken findet man zwei ähnliche Tumoren unter dem Bilde zweier transversaler Massen, die durch eine tiefe Verticalfurche getrennt sind. Diese bildet von Zeit zu Zeit den Sitz eines lästigen Intertrigo. Die obere Masse reicht bis an die Apophyse des Os mastoideum und bis zur Höhe der Regio occipitalis, die untere bis über die Spina scapulae hinaus. Beide Tumoren gehen allmählich in das benachbarte Fettgewebe über, das diffus verdickt ist und die obere Partie des Thorax, die Schultern und die Oberarme wie ein Tuch einhüllt.

Zwischen den Tumoren des Halses und des Nackens bemerkt man unregelmässige Ausläufer, auf denen deutlich kleine Knötchen sich erheben; eins derselben, etwas grösser als eine Nuss, sitzt auf der linken Wange dicht am Unterkiefer, der einzigen Stelle des Gesichtes, die mit einem Tumor besetzt ist.

Die beiden Schultern sind mit einer ziemlich gleichmässigen Fettmasse bedeckt, die unten die hintere Achselhöhlenwand überzieht und einen länglichen, dieser Grenze parallelen Tumor bildet. Die Oberarme zeigen diffuse Lipome in der Form breiter Streifen, deren grösste Dicke innen am Biceps, aussen und hinten am Triceps sich befindet. In der Ellenbogengegend bildet die Fettmasse mehrere deutliche Buckel. Der übrige Teil des Vorderarms und die Hand sind frei.

Auf dem Thorax bemerkt man noch jederseits zwei breite Fettwulste, je einen am Schulterblattwinkel, ferner einen, an der Schulterblattgräte. Die Brüste sind entwickelt wie die einer Frau und deutlich lipomatös. Am Bauche bemerkt man beiderseits von der Linea alba unterhalb des Nabels je eine beträchtliche Fettmasse, die bis zum Arcus cruralis herabgeht.

An jedem Leistencanal liegt ein taubeneigrosses Lipom, das eine Hernie vortäuschen könnte. Scrotum und Testikel sind intact. Unterhalb der früher erwähnten Fettplatten auf dem Rücken finden sich kleine Geschwülste in der Gegend der Articulatio coxo-vertebralis. Vor dem Scarpa'schen Dreieck liegt an der „Wurzel des Schenkels“ eine grosse Fettmasse, desgleichen am Oberschenkel, weiter unten keine Lipome. Die unteren Extremitäten contrastieren mit ihrer relativen Magerkeit sehr mit den oberen.

Alle Geschwülste zeigen die Merkmale der Lipome. Die Halstumoren entstanden vor 17 Jahren, dann kamen die im Nacken- und dann erst die übrigen.

VII. Boujou, Lipomes multiples, symétriques, Tabès, arthritisme. Thèse de Paris 1892.

Keine hereditäre Belastung. Seit dem 32. Lebensjahre heftige nervöse Beschwerden.

28 Jahre alt, bemerkte Patient im Nacken eine Geschwulst; gleichzeitig wurde der Hals dick, und nach und nach traten an anderen Stellen Geschwülste auf.

Status praesens: Die rechte Pupille ist kleiner als die linke, geringe rechtsseitige Ptosis, Fehlen des Patellarreflexes. Lunge, Herz, Digestionsapparat sind gesund

Einen sonderbaren Anblick bietet das Aeussere des Mannes, der 7 Jahre zuvor noch 150 Pfund gewogen hat und jetzt nur noch 117 wiegt. Der Mann ist mager, von schmächtiger Taille, Arme und Beine sind schlank, während der Rumpf und vor allem der Kopf wahrhaft monströs erscheint wie ein Medusenhaupt.

Das Haupt sitzt gleichsam auf 4 Tumoren, die symmetrisch und von bedeutender Grösse sind, auf, zwei davon sitzen im Nacken, zwei unter dem Unterkiefer. Diese beiden Geschwulstgruppen sind durch eine sehr deutliche Furche geschieden, die am Ohrläppchen anfängt und schief nach vorn, nach der Regio clavicularis hinabgeht. In Wirklichkeit ist die Trennung nur eine scheinbare; denn bei der Palpation erkennt man weiche Massen, die jederseits die vorderen und hinteren Lappen verbinden. Die vorderen bezw. submaxillaren sind teilweise durch den Bart verdeckt; sie bilden zwei symmetrische Massen, die vom Oberkiefer bis zum Schlüsselbein reichen und durch eine median verlaufende Furche getrennt sind; diese Furche, welche von der Kinnspitze zum oberen Sternalrand geht, misst 17 cm. Eine Linie, die man von einem Ohrläppchen zum anderen über die grösste Convexität der Tumoren zieht, misst 38 cm. Bei der Palpation erkennt man genau, dass es sich um Lipome handelt.

Die beiden hinteren Tumoren haben einen Umfang von 33 cm; sie sind deutlich jederseits in 4 Lappen geteilt. Eine sehr deutliche Furche trennt Hals und Brust; sie misst 52 cm und geht schief nach unten und vorn. Unterhalb derselben findet man hinten 2 Tumoren von orangengrösse, die auf der Oberfläche ein leichtes Adergeflecht zeigen. Zwei gleich grosse Geschwülste sitzen am unteren Schulterblatt-

winkel und reichen bis zur Spina scapulae, zwei andere nussgrosse am oberen Winkel der Scapula, zwei in der Gegend des zwölften Brustwirbels von Haselnussgrösse.

An der vorderen Thoraxwand sitzen zwei Geschwulste in der Mitte beider Schlüsselbeine orangengross, zwei gleichgrosse am unteren Rande des M. pectoralis major; zwei von Haselnussgrösse unterhalb der genannten in der Gegend der Brustwarzen. Ueber die ganze vordere Brust zieht sich ein Netz oberflächlich verzweigter Venen.

Zwei kleinorangengrosse Tumoren sitzen am Acromion; zwei in der Gegend der Insertion des M. deltoideus; zwei im oberen Drittel des Triceps von Orangengrösse rechts, links etwas kleiner; zwei im oberen Drittel des Biceps nach der Achselhöhle hin prominierend. Im ganzen sind die Tumoren der rechten Schulter stärker entwickelt, als links, aber immerhin symmetrisch geordnet. In der Ellenbeuge eine weiche Masse, die die Beugefalte ganz verwischt und bei der Flexion deutlich sichtbar wird.

Am Abdomen eine Geschwulst manneskopfgross vom Schwertfortsatz zum Schambein reichend in der Mitte gelegen, eine Einzelgeschwulst darstellend. Am Leistenring und Leistencanal jederseits ein weicher Tumor. Zwei weiche Tumoren in der Gegend des Scarpa'schen Dreiecks von Nussgrösse. Keine Varicen. Die Beine sind mager und frei von Tumoren.

VIII. Stoll, Beiträge zur Casuistik der Lipome, J. D. Tübingen 1891. S. 14. Beiträge zur klin. Chir. Bd. VIII, Heft III.

Joseph Stöger, 33jähr. Kaufmann. Die Mutter des Pat. hat seit 10 Jahren eine schmerzlose übereigrosse Geschwulst an der Schulter. Der Bruder der Mutter hat schon seit mehreren Jahren schmerzlose Geschwülste an denselben Stellen wie der Patient. Vor 2 Jahren bemerkte letzterer hinten an der Grenze des Haarwuchses zuerst links und dann rechts je einen taubeneigrossen Knoten, schmerzlos, langsam und gleichmässig wachsend. Im Laufe der Zeit bemerkte er unterhalb der rechten Geschwulst eine weitere haselnussgrosse Geschwulst.

Gut genährter Mann. An der Grenze des Haarwuchses am Hinterhaupt befinden sich zwei horizontale wurstförmige, flache Anschwellungen beiderseits von nahe der Wirbelsäule bis zum Proc. mastoideus. Sie sind von unveränderter, behaarter Haut bedeckt, diese ist nicht verschieblich. Die Tumoren sind unverschieblich auf ihrer Unterlage, von kleinhöckeriger Oberfläche, schmerzlos.

Exstirpation der Nackengeschwülste in mehreren Portionen. Sie sind mit der Umgebung und namentlich mit der unterliegenden Muskelfascie fest verwachsen Es sind kleinlappige, diffuse Lipome.

IX. Stoll. ibid. S. 13.

Schlech, Joh., 51jähriger Oeconom. Seit 2 Jahren schmerzloses Heranwachsen mehrerer anfangs kleiner Geschwülste am Nacken, dann auch am Unterkiefer und in der Schläfengegend.

Starker Mann. Im Nacken zu beiden Seiten der Mittellinie sitzen zwei faustgrosse Tumoren von normaler Haut bedeckt, von glatter Oberfläche und ziemlich derber Consistenz, auf der Unterlage wenig verschieblich Je zwei weitere symmetrisch gelegene kleinere Geschwülste von derselben Beschaffenheit sitzen hinter dem Kieferwinkel und an der Schläfe beiderseits. Die Tumoren an der Schläfe sind wallnussgross, die am Kieferwinkel hühnereigross.

Exstirpation der Tumoren im Nacken mit Messer und Scheere, da sie mit der Umgebung fest verwachsen sind. Es handelt sich um kleinlappige infiltrierte Lipome.

X. Virchow, Sitzung der Berl. med. Ges. am 18. Mai 1892. Berl. Klin. Wochenschrift 1892 *)

Ich habe ein lebendiges Spezimen hierherbestellt, welches, wie ich denke, Ihr Interesse in Anspruch nehmen wird Es ist ein Mann aus Braunschweig, bei welchem sich im Laufe des letzten Jahrzehnts eine Reihe jener sonderbaren Fettgewebsentwickelungen ausgebildet hat, die uns hier und da entgegentreten, aber doch zu den grossen Raritäten gehören.

Carl Druwe, ein Malergehilfe, ist seiner Angabe nach 48 Jahre alt; die Bildung dieser Anschwellungen datirt jedoch erst seit 11—12 Jahren. Er war ein vollkommen ausgebildeter Mann von 36 Jahren, als die ersten Anfänge seines Leidens hervortraten. Er besitzt noch eine Photographie, wo er inmitten seiner damaligen Collegen, der Musiker eines Infanterie-Regiments, dargestellt ist, und wo der Kragen seiner Uniform noch vollkommen regelrecht anschliesst. Wir haben keine persönlichen Zeugen für

*) Dieser Patient, übrigens einer der typischsten und excessivsten Fälle dieser Art, scheint nach seiner Vorstellung durch Virchow eine Wanderung durch verschiedene deutsche Krankenanstalten angetreten zu haben. Aus der Mosler'schen Klinik zu Greifswald berichtet Schottmüller in einer Dissertation über ihn, aus der Wiener Billroth'schen Klinik Langer und schliesslich taucht er in Hamburg auf, wo Sick ihn vorstellt.

den Hergang, indess kann es wohl kaum zweifelhaft sein, dass er als ein fertiger Mann Gegenstand dieses pathologischen Angriffes geworden ist.

Nun hat sich die Sache sehr merkwürdig vollzogen. Sie sehen selbst die sonderbare Erscheinung, dass nach oben hin der Rand des Gesichtes ungefähr die Grenze für die Wucherung des Fettpolsters abgiebt; denn, obgleich sich etwas davon auf die Wangen hinauf erstreckt, so ist das doch nicht der Rede wert. Es ist wesentlich die Halsregion, sowohl vorne als hinten, welche betroffen ist; das Gesicht tritt mit seiner alten, verhältnissmässig scharf umgrenzten Aera aus den weit hervorragenden Fettmassen des Halses, wie aus einer Umrahmung hervor. Verfolgt man von da aus das sonderbare Bild nach unten hin, so ergiebt sich, dass gewissermassen von der Hals- und Nackengegend als Centrum aus nach allen Richtungen hin die Wucherung so vorgegangen ist, wie wenn eine regelmässige Uebertragung von Schicht zu Schicht, eine Art von Contagion stattgefunden hätte. Sie werden das namentlich sehr deutlich an den Extremitäten sehen. Das ist das Auffälligste. An den Ober-Extremitäten erscheint der Oberarm wie eine mit grossen bauschigen Auftreibungen versehene Masse, wie eine Art von spanischem Wamms. Mit einem Male nach dem Vorderarm zu verjüngt sich der Umfang des Gliedes, und es zeigt sich eine fast freie Zone: nur an einer kleinen Stelle in der Nähe des Handgelenks fühlt man eine flache Anschwellung, jedoch nur an einer kleinen Stelle. Nicht ganz so auffallend, aber doch ähnlich, ist es an den unteren Extremitäten, wo von der Hüftgegend an noch mächtige Anschwellungen die Teile umgeben, während dann im Laufe des Oberschenkels die Anschwellung allmählich nachlässt und gegen das Knie vollkommen aufhört. Unterhalb des Knies ist eigentlich nichts mehr von nennenswerten Veränderungen zu sehen. Der Rumpf ist relativ frei von Fettwülsten. Am Thorax ist noch etwas mehr davon wahrzunehmen, namentlich in der Gegend der Milchdrüsen. Da kann er, wenn er die Wülste aufhebt, den Eindruck hervorrufen, als habe er weibliche Brüste. Unterhalb der Brüste nimmt die Schwellung schnell ab. Am Bauche sind es nur gewisse Gegenden, z. B. die Umgebung der Musculi recti, die in grossen Wölbungen hervortreten, während die Seitenteile nicht mehr nennenswerte Veränderungen zeigen. An den Beinen endet die an sich sehr mässige Vergrösserung oberhalb der Kniee, die Unterschenkel sind ganz frei.

Am rechten Oberarm beträgt der Umfang 42 cm, während der Halsumfang 60 cm, der Brustumfang oberhalb der Warzen 99 cm erreicht. Auf diese Weise geschieht es, dass bei einer Betrachtung des nackten

Körpers, namentlich von hinten her, ein merkwürdiger Gegensatz zwischen Hals, Brust und Oberarm einerseits und allen anderen Teilen andererseits hervortritt.

Am Scrotum ist natürlich, da ja dort kein Fettpolster besteht, nichts nennenswertes zu sehen; nur nach hinten, wo das Scrotum in die Seitenteile der Oberschenkel und in das Perineum übergeht sind Anschwellungen, die durch die Anlagerung an die Oberschenkel dem Mann, wie er sagt, sehr häufig Durchreiben und Nässen erzeugen und ihm Schmerzen verursachen. Er beklagt sich auch darüber, dass seit vier Jahren „sein Geschlechtstrieb die Pflicht nicht mehr erfüllt", welche ihm von der Natur zugebilligt worden ist.

Die Anschwellungen gehören zu den weichsten, die mir vorgekommen sind. Die eigentlichen Lipome pflegen etwas derber, compacter zu sein, hier fühlt man nur ganz weiche, unnachgiebige Masse.

Im übrigen ist der einzige Teil, der ausserdem ein auffälliges Aussehen darbietet, die vordere Halsgegend, wo ein eigentümliches rotes oder, genauer gesagt, kupferiges Aussehen hervortritt, das, wie es scheint, mit einer stärkeren Entwicklung der Gefässe zusammenhängt. Diese Erscheinung hat aber offenbar mit der Fettentwicklung unmittelbar nichts zu thun; denn sie findet sich genau in derselben Weise auch an Stellen des Gesichts, welche nicht erheblich aufgetrieben sind; sie ist wohl nur der Behinderung zuzuschreiben, welche gerade hier die peripherische Circulation erfahren hat.

XI. Langer, Langenbecks Archiv für klin. Chirurgie Bd. 46. 1893. S. 899.

Johann Dostal, 36jähriger Bauer, will schon in der Jugend gut genährt gewesen sein, ohne jedoch irgendwo auffällige Fettvermehrung gezeigt zu haben. Keine hereditäre Belastung. Vor drei Jahren merkte er den Beginn einer Geschwulstbildung hinter den Ohren, ein Jahr später desgleichen in der Gegend der oberen Brustwirbel, sowie auch unter dem Kinne. Vor einem Jahre begann sich die Anschwellung am Mons veneris zu entwickeln. Die Lebensweise war stets eine regelmässige, reichlicher Biergenuss wird zugestanden, Entstehungsursache für die Tumoren keine angegeben.

Status praesens: Gut aussehender Mann mit überall stark entwickeltem Panniculus adiposus. Im Nacken hinter dem Ohre beiderseits eine apfelgrosse Geschwulst, in der Gegend der oberen Brustwirbel ein

über mannsfaustgrosser Tumor, der Panniculus adiposus erscheint am Rücken als eine Reihe nebeneinander gelagerter, flacher Fettwülste.

Am Halse ein mehr der rechten Körperhälfte angehöriges Lipom von Faustgrösse; die Mammae zeigen durch Fettanhäufung eine weibliche Form. Am Mons veneris eine durch einen medianen Einschnitt in zwei Lappen geteilte Geschwulst, von welcher die äusseren Genitalien zum grössten Teil bedeckt sind

Alle diese Tumoren zeigen die characteristischen Eigenschaften der Lipome; sie verursachen dem Patienten keinerlei Beschwerden, und nur aus kosmetischen Rücksichten wünscht Patient eine Operation, die in zwei Sitzungen vorgenommen wird, in deren erster nur die Geschwülste hinter den Ohren entfernt werden; diese zeigen sich allerwärts innig mit dem umgebenden Fettgewebe zusammenhängend, so dass sie mit der Hohlscheere ausgeschnitten werden müssen. Die Blutung ist dabei sehr gering. Nach 14 Tagen Heilung.

In der zweiten Sitzung wurde am unteren Rande der Geschwulst am Schamberge ein nach unten convexer Schnitt geführt und zur Ausschälung der Fettlappen geschritten; diese gelingt nur teilweise, meist müssen die Geschwulstteile ausgeschnitten werden. Dabei ergiebt sich der interessante Befund, dass vom Tumor aus sich Fortsätze der Fettmassen in die Leistenkanäle begeben, sich aber auch ans Scrotum und bis ans Perineum erstrecken. Von der Entfernung dieser Massen wird jedoch abgesehen, und nur das neu gebildete Fettgewebe am Mons veneris abgetragen.

Wenige Stunden nach der Operation leicht zu stillende Nachblutung. Es trat Gangrän am Penis und Scrotum ein. Nach Abstossung der brandigen Massen rasche Heilung.

XII. Langer, ibidem S. 904.

Philippine Tillmann, 55jährige Magd, stets gesund gewesen Keine hereditäre Belastung, seit zwei Jahren Menopause. Vor sechs Jahren soll auf einmal auf den Schultern und Oberarmen eine schmerzhafte gerötete Geschwulst entstanden sein. Rötung und Schmerzen verschwanden bald, die Schwellung jedoch blieb und nahm an Grösse bis vor zwei Jahren zu. Um diese Zeit entstand die Geschwulst am Nacken. Am Bauche und an den Oberschenkeln bemerkte die Patientin erst vor zwei Jahren eine Umfangszunahme, die sich bis zum heutigen Tage langsam steigerte. Ueberdies leidet die Patientin seit zwei Jahren an Atem- und Schlingbeschwerden, sowie an Kreuzschmerzen. Beim Essen hatte sie das Ge-

fühl, als bliebe ihr etwas im Halse stecken, dadurch verlor sie alle Esslust, so dass sie nach dem Auftreten dieser Beschwerden im Gesicht, an den Vorderarmen und Unterschenkeln abgemagert ist und sich sehr matt fühlt. Geboren hat sie nie.

Status praesens: Die Schultergegend, die Regio supra clavicularis, sowie die Gegend über der Scapula beiderseits sind symmetrisch durch ein diffuses Lipom vorgewölbt. An den Armen reicht die Geschwulst bis ca. handbreit über die Condylen des Humerus. Am Nacken in der Mittellinie eine ebensolche Geschwulst. Ueber den letzten Rippen findet sich gleichfalls ein diffuses symmetrisches Lipom. Am Abdomen zwei quere, mächtige Fettwülste, die durch eine tiefe Furche geschieden sind, in der sich der Nabel befindet. Beide Oberschenkel von den Hüften bis unter die Mitte sind durch ebensolche Fettanhäufung bedeutend verdickt. Alle diese Lipome sind diffus, verflachen sich allmählich, indem sie in normales subcutanes Fett übergehen, sind wenig verschieblich, mit der sie deckenden Haut in innigem Zusammenhang, stellen also ebenfalls infiltrirte, multiple, symmetrische Lipome dar. Vorderarme, Hände, Unterschenkel und Gesicht sind arm an Panniculus adposus, sogar mager zu nennen. Keine Operation.

XIII. Langer, ibidem, S. 905

Millmann, Abraham, 45jähriger Kaufmann aus Odessa. Hereditäres in Bezug auf die vorliegende Krankheit ist nicht bekannt. Vor vier Jahren begannen sich bei dem bis dahin gesunden Patienten beiderseits in der Carotidengrube zwei haselnussgrosse Knoten zu bilden, die schmerzlos und so verschieblich waren, dass der Kranke sie unter der Haut von einer auf die andere Seite drücken konnte. Diese Tumoren sollen nach kurzem Bestande wieder verschwunden sein, kamen jedoch bald wieder zum Vorschein und vergrösserten sich unauffällig, so dass der Kranke diese Fettanhäufung, die namentlich unter dem Kinn stärker geworden, als eine normale ansah. Ferner entstand eine Geschwulst im Jugulum, die sich auch nur langsam vergrösserte. Erst seit zwei Jahren entwickelten sich die anderen Tumoren hinter beiden Ohrmuscheln, an der rechten Schulter, an den Oberarmen und im proximalen Drittel der Vorderarme. Beschwerden verursachen ihm die Geschwülste keine, da sie nur bei Druck und auch dann nur wenig schmerzhaft sind.

Status praesens: Patient ist gut aussehend und genährt. An der Vorderseite des Halses eine fast kindskopfgrosse Geschwulst von weicher Consistenz, sehr leicht verschieblich; die Haut darüber ist normal und

faltbar; in der Tiefe ist ein härterer Knoten zu fühlen. Der Rand des Tumors ist nach allen Seiten hin deutlich abgegrenzt. Bei Bewegungen der Larynx zeigt sich ein geringes Mitbewegen der Geschwulst. Gegen das Jugulum und die Fossae supraclaviculares setzt sich der Tumor in Form einer diffusen, schwach prominenten Geschwulst fort. Nach oben erhebt sich eine ähnliche Fettansammlung von der eben beschriebenen ausgehend über die Unterkieferäste und in die Regio parotideo-masseterica, daselbst symmetrische, kindsfaustgrosse, halbkugelige, wenig verschiebliche, weiche Tumoren darstellend. In der Gegend des linken Warzenfortsatzes ein mit breiter Basis aufsitzender, wenig verschieblicher, kindsfaustgrosser, weicher, längsovaler Tumor, ein ähnlicher rechts. Beide Oberarme und die proximalen Drittel der Unterarme sind durch diffuse Hypertrophie des Unterhautfettgewebes, das stellenweise zu hühnereigrossen Tumoren herangewachsen ist, im ganzen Umfange verdickt.

Exstirpation der Halsgeschwulst. Bei dem Versuche, auch die in der Tiefe zwischen die Halsfacien sich erstreckenden lipomatösen Fortsätze zu entfernen, wird sowohl rechts wie links die Vena jugularis interna verletzt und muss unterbunden werden, was mit einiger Schwierigkeit verbunden ist, da die Freilegung der genannten Gefässe durch die grossen Geschwulstmassen sehr erschwert ist. Patient wird geheilt entlassen, nachdem auch noch das Lipom, das an der linken hinteren Halsseite in der ersten Sitzung nicht mitgenommen wurde, entfernt worden war. Diese Partie der Geschwulst bestand aus zahlreichen mit einander zusammenhängenden Knoten (Lipoma arborescens).

XIV. Langer, ibidem, S. 907.

Bernhard Haslinger, 46 Jahre alt, war nie ernster krank, weiss nichts von hereditärer Belastung; von jeher auffallend dick, hat er in den letzten Jahren etwas abgenommen. Potus wird zugestanden. Vor drei Jahren Beginn der Geschwulstentwickelung auf der rechten Seite; die Geschwülste machen ihm insofern Beschwerden, als sie ihm reissende Beschwerden verursachen, weshalb Patient ihre Entfernung verlangt.

Status praesens: Starkgebauter, muskulöser Mann mit allenthalben reichlich entwickeltem Fettpolster. Letzteres bildet im Nacken vier deutlich von einander geschiedene, in Form eines schiefen Kreuzes angeordnete, deutlich abgrenzbare Fettwülste von feinlappigem Bau und weicher Consistenz. An der Innenseite der Oberarme zwei Lipome von Wallnussgrösse. Hier und da am Stamm verteilt bis nussgrosse Knoten gleicher Art. Die Haut des Hypogastriums ist auffallend fettreich.

Die Entfernung der beiden unteren Nackentumoren gelingt nur durch Ausschneiden, da sie sich nicht stumpf auslösen lassen; sie stellen ein Lipoma diffusum dar mit zahlreichen fibrösen Strängen, die die Geschwulst durchziehen. Heilung per primam intentionem.

XV. Langer, ibidem, S. 907.

Hnatek, Josef, Fleischer, 34 Jahre alt, kam zur Aufnahme wegen Otitis media, von der aus eine Phlegmone der linken Schläfengegend ausgegangen war, die mehrere Incisionen erheischte; später wurde auch die Trepanation des Warzenfortsatzes notwendig. Das erste Auftreten der Geschwülste bemerkte der Patient erst vor drei Jahren; es waren das die Tumoren hinter den Ohrmuscheln. Von da an begann auch an anderen Körperteilen die Lipombildung, und zwar in einer für den Mann ganz unauffälligen Weise, so dass er auf einzelne Knoten erst bei der Untersuchung aufmerksam wurde. In seiner Familie kam keine ähnliche Lipombildung zur Beobachtung. Er hat stets sehr gut gelebt und giebt reichlichen Potus zu.

Status praesens: Kräftig gebauter, muskulöser Mann, dessen Fettpolster eine mehr oder weniger eigentümliche Anordnung zeigt. Während nämlich die Extremitäten und die untere Hälfte des Stammes recht arm an subcutanem Fett sind, zeigt sich dies im Gesicht, Hals und Nacken sehr stark entwickelt, nimmt aber von da an progressiv ab, um bereits an den Schultern und der Brust normales Verhalten zu zeigen. (Seitdem Patient an der Phlegmone leidet, soll er etwas abgemagert sein). Vor den Ohren über dem Jochbogen beiderseits symmetrisch ein circa pflaumengrosses Lipom, das nicht abgegrenzt ist, sondern einen deutlichen Kern aufweist, der von vermehrtem infiltriertem Fett umgeben ist. Hinter den Ohren rechts und links je ein kleinapfelgrosses Lipom in der Gegend des Processus mastoideus, weiter nach unten, hinten, und gegen die Mittellinie ein ebensolches, das von seinem Pendant der Gegenseite durch eine seichte Einschnürung getrennt ist. Alle diese vier Knoten stehen durch infiltriertes Fett in Zusammenhang. In der Bauchhaut rechts zwischen Rippenbogen und Nabel ein kinderfaustgrosses, diffuses Lipom, auf der linken Seite, nur etwas tiefer, ein gleiches etwas kleineres mit einem bohnengrossen, von verdichtetem Fett umgebenen Kern. Der Pol aller dieser Geschwülste ist in engem Zusammenhange mit der Haut, die an dieser Stelle nicht faltbar ist, und erst an der Peripherie der Tumoren etwas mehr abhebbar wird. Da die Geschwülste dem Patienten keine Beschwerden machen, wird keinerlei Eingriff unternommen.

XVI. Schmilt, Münchener mediz. Gesellschaft. Münchener med. Wochenschrift 1894. S. 525.

50jähriger Mann mit umfangreichen symmetrischen Lipomen. Die Entstehung derselben liegt 5 Jahre zurück: zuerst zeigten sie sich in Nacken- und Schultergegend auf einer Stelle, wo nach Aussage des Patienten häufig ein starker Druck durch Balken, die er tragen musste, stattfand. Jederseits von der Mittellinie findet man im Nacken eine glatte flache Geschwulst von über Faustgrösse, wenig verschieblich auf der Unterlage. Nach oben erstreckt sie sich bis an den Proc. mastoid., nach unten und vorn entsendet sie einen starken Fortsatz am Kopfnicker entlang bis nahe zur Articulatio sterno-clavicularis.

Die Schultern erscheinen durch die enormen Massen verbreitert, gelappt. Sie bedecken die Deltoidei und reichen bis zur Mitte des Oberarms. Die verhältnissmässig dünnen Unterarme bilden einen auffallenden Gegensatz zu den breiten Oberarmen. Ebenso contrastieren die Untersehenkel mit der oberen Parthie der Oberschenkel, wo man innen und aussen mehr als strausseneigrosse Massen sieht. Auf Rücken und Brust sieht man gleich Verhängen umfangreiche Bäusche hängen, auf dem Bauche bemerkt man zahlreiche gut abgegrenzte Tumoren von Hühnereigrösse. Der grösste derselben umgiebt bauschartig den tief liegenden Nabel.

XVII. Marçais, Contribution à l'étude des lipomes diffus du cou et de la nuque. Thèse de Paris 1894. S. 90.

45jähriger Geschäftsmann kam in die chirurgische Klinik wegen einer Nackengeschwulst. Keine hereditäre Belastung, Beginn des Leidens vor 12 Jahren, wo der Kranke ein fortschreitendes Dickerwerden des Halses bemerkte. Keine Veränderung im Allgemeinbefinden, Appetit gut, keine functionelle Störung. Der Tumor verursachte Halssteifigkeit.

Vor 5 Jahren befreite ihn Dr. Péan in St. Louis von 3 Lipomen. 2 davon sassen am Halse und erstreckten sich vom hinteren inneren Rande des Warzenfortsatzes über Hals und Nacken. In derselben Höhe fand sich auch die Operationsnarbe. Der dritte Tumor nahm die vordere mediane Halsfläche ein von der Knochenfuge des Unterkiefers bis zum Brustbein.

Bei der Aufnahme bemerkte man genau in der Höhe der Narbe noch eine Geschwulst auf der rechten Halsseite hinter dem aufsteigenden Unterkieferast und in der Höhe des Ohres, der den Warzenfortsatz einschloss. Dieselbe ist dreieckig, misst 5 cm im Umfang an der Basis. Die Haut darüber ist gerötet und empfindlich nach dem Warzenfortsatz

zu. Das Centrum der Geschwulst ist eingesunken. Die Haut ist adhärent und die Geschwulst selbst scheint in der Tiefe und auf dem Kopfnicker fest zu haften. Die Palpation ergiebt weiche Consistenz. In der Umgebung sieht man einen Haufen mehr oder weniger reichlichen Fettgewebes. Endlich finden sich auf den Schulterblättern, Armen und in der Regio epigastrica mangelhaft abgegrenzte Lipome.

Von den Tumoren hat Patient keine Beschwerden, er ist kräftig, wohlgebaut, corpulent.

Zwecks Exstirpation Hautschnitt von Warzenfortsatz bis zum Schlüsselbein. Es kommt ein Lipom zum Vorschein, das zuerst oberflächlich zu sein scheint; aber bald bemerkt man, dass diese Masse sich zwischen die Musculi cucullaris und sterno-cleido-mastoideus, ja selbst durch diese Muskeln hindurch erstreckt. In der Tiefe sieht man Fettstreifen ziehen, deren Exstirpation schwierig ist. Die anderen Tumoren lässt man unberührt, da sie dem Kranken nicht unbequem sind. Nach 14 Tagen Heilung.

Gleich nach der Operation wurde das exstirpierte Stück untersucht. Man kann zwei Partieen unterscheiden, die eine gebildet aus reinem Fettgewebe entsprechend dem oberflächlichen Teile der Geschwulst, die andere gekennzeichnet durch das Eindringen des Fettes in die Muskeln. Erstere zeigt den gewöhnlichen Lipomcharacter, die Schnittfläche ist weich, gelblich gefärbt, gelappt. Die andere Partie umfasst Fett- und Muskelgewebe. Leicht erkennt man die Muskelbündel, die mit ihrer roten Färbung abstechen gegen die blassgelben Fettstreifen. Farbe, Consistenz und Elasticität des Muskelgewebes scheinen durch das eingedrungene Fett nicht verändert zu sein. Die Untersuchung der letzteren Zone ist besonders interessant; denn sie zeigte uns die Regionen, wo die diffuse Verteilung des Lipoms schon mit blossem Auge zu constatieren war. Weiterhin versicherten wir uns, dass die aus reinem Fettgewebe bestehende Partie dieselbe Structur hatte, wie die Fettzüge, welche die Nackenmuskulatur infiltrierten.

Unter dem Mikroskop findet man angeschlossen an die Muskelfibrillen ein zierliches Maschennetz, das mit der Entfernung vom Centrum des Tumors an Breite abnimmt. Diese Maschen entsprechen den Fettzellen. Man sieht, wie sie sich ausfasern und zu dünnsten Streifen werden, die verbunden durch Querzüge den Muskel regelrecht zerteilen. Die Fettmaschen lehnen sich an Bindegewebsbündel an. Inmitten des Bindegewebes erkennt man noch gefüllte Blutgefässe, Arterien, Venen, Capillaren, wie auch Nervenfasern.

Von Wichtigkeit ist der Befund, dass das Fett perivasculär ist und dass überall, wo Fett ist, auch Gefässe sind. Es verteilt sich nach dem Modus der Muskelvascularisation, d. h. es läuft parallel mit den Muskelfibrillen, die von Zeit zu Zeit durch Querbänder mit einander verbunden sind. Aber überall, wo Gefässe sind, giebt es nicht notwendigerweise auch Fettgewebe.

Die Muskelfibrillen erscheinen immer in Gruppen von 6, 8, 10 und mehr in secundären Bündeln (faisceaux secondaires). Niemals oder sehr selten dringt das Fett in ein Secundärbündel ein, was einesteils mit der geringen Menge von Bindegewebe übereinstimmt, das normaliter zwischen den Primitivbündeln sitzt, und andererseits mit der Verteilung der Capillaren welche nicht in die Muskelfibrillen eindringen, sondern immer ausserhalb des Sarcolemms bleiben. Erstaunen muss man über den Reichtum an Kernen, welche stellenweise ununterbrochene Säulen darstellen.

XVIII. Henningsen, Beitrag zur Statistik der Fettgeschwülste. J. D. 1888. Kiel. S. 31.

A. S. 59jähriger Nagelschmied, aus gesunder Familie. Im Alter von 32 Jahren erwarb er sich einen Schanker, der geheilt wurde.

Vor 12 Jahren bemerkte er zuerst ein Stärkerwerden in der vorderen unteren Bauchgegend. Die Geschwulstbildung schritt nach oben hin fort, trat allmählich auch am Rücken auf, vor 7 Jahren an den Oberarmen, vor 4 Jahren im Nacken und vor $^1/_2$ Jahr an den Vorderarmen.

Die Geschwulste nehmen allmählich an Grösse zu, ohne besondere Schmerzen zu verursachen. Er klagt, dass mit dem Wachsen der Geschwulste seine Arbeitsfähigkeit abgenommen habe. Er ermüdet sehr leicht und bekommt nach grösseren Anstrengungen Atembeschwerden und Herzklopfen. Diese Beschwerden waren im vorigen Sommer so stark, dass er sich längere Zeit im Krankenhause aufhalten musste. Nach eingehaltener Ruhe erholte er sich stets wieder schnell. In den letzten Jahren hat er auffallend starken Durst nach Wasser gehabt.

Status: Patient ist klein, untersetzt, Muskulatur gut entwickelt. Fettpolster ausser an den erkrankten Partieen, von normaler Stärke. Haut trocken und auffallend wenig behaart.

Von den Pubes nach oben bis zum Schwertfortsatz finden sich zu beiden Seiten der Linea alba, vollkommen symmetrisch angeordnet, kolossale, straussenei- bis knabenkopfgrosse Tumoren im Unterhautfett-

gewebe. In der Haut um beide Mammae ferner mächtige Fettwülste. In den Fossae supra- und infra-claviculares sowie auf der Höhe des M. deltoideus je eine gänseeigrosse Geschwulst, vollkommen symmetrisch. Im übrigen ist die Vorderseite des Halses frei. Dagegen sieht man wieder, wenn der Patient die Arme wagerecht hält, mächtige, straussenei-grosse beutelartig herabhängende Tumoren an der Hinterfläche beider Oberarme, welche sich distalwärts allmählich verlieren, in allerdings immer noch mächtige Anschwellungen, die bis zur Mitte der Vorderarme reichen.

Aehnlich verhält sich auch der Rücken. Auch hier finden sich symmetrisch zu beiden Seiten der Dornfortsätze riesige Wülste in der Haut. Ueber dem Kreuzbein ist die Geschwulst mehr circumscript, halbkugelig, aber in der Mitte derselben findet sich eine Furche, so dass der Typus der Symmetrie bewahrt bleibt. Zwischen den Schulterblättern findet sich mehr eine diffuse Verdickung des Unterhautfettgewebes, die nach oben hin in der Höhe des letzten Halswirbels sich zu zwei billard-kugelgrossen wieder mehr umschriebenen Tumoren erhebt. Dann folgt ein zwei Finger breiter Bezirk normal contourirter Haut und oben zu beiden Seiten des Ligamentum nuchae hinter den Proc. mastoid, je ein halbkugeliger Tumor von Gänseeigrösse. Diese sind im unteren Teil durch eine Brücke von Geschwulstteilen mit einander verbunden, im übrigen aber deutlich durch eine mediane Furche von einander getrennt.

Die Geschwülste fühlen sich weich elastisch an, sind beweglich, sitzen offenbar im Unterhautfettgewebe und lassen deutlich den lappigen Bau des Lipoms erkennen. Sie sind nicht scharf begrenzt, sondern gehen diffus in das benachbarte Unterhautzellgewebe über. Haut über den Geschwülsten normal.

Patient ist sonst gesund.

XIX. Sick, Aerztlicher Verein zu Hamburg, 5. Juni 1894. Deutsche med. Wochenschrift 1895.

G. N., 43 Jahre alt, früher stets gesund. Seit drei Jahren (1891) bemerkte er das Auftreten von Geschwülsten hinter beiden Ohren; diese wuchsen langsam bis 1892, dann gesellte sich eine dritte Geschwulst im Nacken dazu. Seit dieser Zeit soll eine allgemeine Zunahme des Körperfettes eingetreten sein. Patient war früher nicht besonders wohlbeleibt, hat gut gelebt und nicht übermässig getrunken. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Puls etwas verlangsamt. Radialis verläuft geschlängelt.

Circumscripte und diffuse Lipomatose des Körpers und der Extremitäten, an den oberen Extremitäten unterhalb des Ellenbogengelenkes scharf abschneidend, desgleichen an den Beinen vom mittleren Drittel des Oberschenkels abwärts, so dass diese peripheren Teile der Extremitäten schlank und spitz zulaufen und dadurch mit den bauschig hervortretenden Fettpartien der Oberarme und Schultergegend resp. der Unterbauch- und Beckengegend scharf contrastieren. Circumscripte Tumoren finden sich:

1. auf beiden Processus mastoidei,
2. ein grosser Tumor im Nacken in der Mittellinie nicht ganz hinab bis zus Spina scapulae,
3. in symmetrischer, mehr diffuser Weise unter dem Kinn und zu beiden Seiten des Halses (Madelung'scher Fetthals),
4. in genau symmetrischer Weise, nur hier und da abgrenzbar, an beiden Schultern und Oberarmgegenden,
5. dasselbe an beiden Bauchgegenden, hier besonders deutlich wulstig,
6. beiderseits in der Brustdrüsengegend (weibliche Mammae),
7. auf dem Mons veneris in Hühnereiergrösse,
8. Fettmassen in beiden Inguinalgegenden.

Die Grösse des Tumors im Nacken beträgt 13 : 12 cm, die jener an den Warzenfortsätzen 9 : 6 cm.

Die Tumoren im Nacken fühlen sich kälter an als die übrige Haut. Da Patient durch die Tumoren im Nacken belästigt wird, so wünscht er deren Entfernung.

Die Operation ist langdauernd und schwierig, weil die Tumoren sich nur schwer von der Haut und der Fascie abpräparieren lassen und ferner Fortsätze zwischen die Muskulatur hineinschicken. Die Fetttäubchen sind viel kleiner und bindegewebsreicher als bei den gewöhnlichen Lipomen. Es sind sehr viele Unterbindungen nötig. Naht der Wunde, Heilung.

XX. Sick, ibidem.

A. K., 44 Jahre alt. Seit einem Jahre Entwicklung von Tumoren, sowohl vor beiden Ohren, als auch im Nacken und hinter den Warzenfortsätzen. Bei der Operation zeigte es sich, dass es sich um Lipome handelt, zum Teil von sehr harter Consistenz, die nur sehr schwer von der Haut und der Fascie lösbar sind. Am härtesten sind die Tumoren in ihren oberen Partien. Hier knirscht das Messer beim Durchschneiden.

Schliesslich gestaltete sich der Eingriff zu einer sehr grossen Operation, indem in der ganzen seitlichen und hinteren Nackenpartie die Haut in grossen Lappen gelöst und die fibro-lipomatösen Massen, welche dem Kranken einen wahren Stiernacken verschafft hatten, herauspräpariert werden mussten. Sehr beträchtliche Gefässentwickelung und demgemäss sehr starke Blutung bei der Operation. Die Geschwulste vor den Ohren werden nicht entfernt, sondern es werden in sie Alkoholinjectionen gemacht. Nach Monaten stellt sich der Patient wieder vor, und es wird die Wahrnehmung gemacht, dass die zurückgelassenen Geschwülste an Grösse abgenommen haben; die gleiche Beobachtung hatte der Kranke selbst bereits gemacht.

XXI. Curschmann, Klin. Abbildungen 1894. Tafel 13. Lipomatosis perimuscularis circumscripta.

Besonders ausgebildeter Fall dieses eigentümlichen von uns (Curschmann) zuerst beschriebenen Zustandes.

Die Abbildung zeigt einen mittelgrossen 50jährigen Mann, dessen gewaltig hervortretender Rumpf und Oberarm in einem auffälligen Missverhältniss stehen zu der relativ mageren Glutaealgegend, den Beinen und den Vorderarmen. Während das Gesicht unverändert erscheint, zeigt schon die Nackengegend sich beträchtlich verdickt durch eine tiefe Furche von der rundlich vorgewölbten oberen Rückenpartie getrennt. Die Deltoideusgegend erscheint mächtig vergrössert, ein bedeutender von ihr und der Schulterblattgegend durch eine tiefe Falte sich absetzender Wulst an der hinteren Seite des Armes markiert den M. triceps brachii. Auch die Gegend des M. pectoralis major ist von einer gewaltigen rundlichen Masse eingenommen, auf deren Höhe die Brustwarzen sitzen. Von da nach abwärts gewahrt man drei weitere Wülste, die an eine Hypertrophie des M. rectus abdominis mit seinen Inscriptiones tendineae erinnern. Die tiefere Rückengegend ist von mehreren anscheinend schlaffen, herabhängenden Wülsten eingenommen.

Die nähere Untersuchung des Falles ergiebt, dass alle beschriebenen dem Rumpf und den Oberarmen ein so sonderbares Aussehen verleihenden Wülste dem hyperplastischen Unterhautfettgewebe zukommen. Das Fett ist aber nicht, wie man das bei gewöhnlicher Lipombildung beobachtet, an den verschiedenen Stellen der Körperoberfläche regellos, einfach geschwulstartig angehäuft, sondern, wie dies auch die Figur zeigt, über und um die einzelnen Muskeln und Muskelgruppen genau in den Grenzen ihrer physiologischen Form und Ausdehnung gewuchert.

Bei oberflächlicher Besichtigung kann, wie auch die Abbildung lehrt, hierdurch der Eindruck einer Muskelhypertrophie entstehen. Aber abgesehen von dem Ergebnis der Belastung, lehrt schon ein Blick auf die Figur, dass die Umrisse der scheinbar herkulisch entwickelten Muskeln weichere, unbestimmte sind, etwa so, wie bei einem aus weichem Material geformten Bildwerk.

Wie bei allen derartigen Kranken, die ich bis jetzt beobachtete (im ganzen sieben, bei der ersten Veröffentlichung drei), zeigt die perimusculäre Lipomatose sich nur auf den Rumpf und die Oberarme, höchstens noch auf die obere Parthie der Oberschenkel beschränkt, stets in vollkommen symmetrischer Entwicklung.

Die fettumwucherten Muskeln des Kranken zeigten sich auffällig schwach. Ueber einzelnen fast gelähmten Muskelparthien, z. B der vorderen Partie des linken Deltoideus, war das anfangs hyperplastische Fettgewebe wieder geschwunden. Die Muskeln liessen sich hier als schlaffe, dünne Stränge durchfühlen. Keine fibrillären Zuckungen. Electrische Erregbarkeit herabgesetzt bezw. geschwunden, zu keiner Zeit Entartungsreaction.

XXII. Curschmann, ibidem, Tafel 14—15

Etwas weniger wie Figur 13 ausgebildeter, aber sehr characteristischer Fall.

47jähriger Arbeiter; langsame, stetige Entwicklung des Leidens im Verlaufe der letzten Jahre. Bei den Eltern und der übrigen Familie soll nichts gleiches vorgekommen sein.

Die Seitenansicht zeigt wiederum den bei Fig. 13 hervorgehobenen Stiernacken, die Hypertrophie des Fettg webes über den Muskeln des Oberarmes, eine Ueberentwicklung des deltoideus, biceps und triceps vortäuschend. Eine gleiche Wucherung des Panniculus zeigt sich über den Brustmuskeln und denen des Bauches, besonders wiederum über dem rectus abdominis. Der Vorderarm und die unteren Extremitäten bis auf die Gegend des M. stensor fasciae latae und die oberen Ansätze des Triceps sind völlig frei von Fetthyperplasie. Sie lassen vollkommen normale, mässig entwickelte Muskulatur erkennen. Die vordere Partie des Delteideus bot übrigens auch in diesem Falle, wie die Abbildung von der Seite deutlich zeigt, bereits eingesunkene atrophische Stellen im Fettgewebe, an denen der Muskel verdünnt und schlaff durchzufühlen war.

Die Vorderansicht des Falles zeigt sowohl in Bezug auf Ausbreitung als Entwicklung der Fetthyperplasie die vollkommenste Sym-

metrie. Wie der vorige Kranke, so zeichnete auch dieser sich durch blasse Gesichtsfarbe und verfallene Züge aus. An den nicht lipomatösen Körperteilen war die schlaffe magere Haut von auffallender Trockenheit

Im Anschluss an die Curschmannschen beiden letzten Fälle teile ich den Wortlaut seiner ersten Veröffentlichung über das Krankheitsbild mit.

Schmidt's Jahrbücher 1889. S. 110—111.

Herr Curschmann sprach über eine Erkrankungsform, bei welcher zunächst sehr eigentümliche Veränderungen des Unterfetthautgewebes und, vielleicht in näherem Zusammenhang mit diesen, Atraphien einzelner Muskeln oder Muskelgruppen sich entwickeln.

Der Redner, welcher diese seines Wissens noch nicht näher beschriebene Erkrankungsform bisher in drei Fällen beobachtet hat, möchte dieselbe als Lipomatosis perimuscularis circumscripta bezeichnen. Alle 3 Kranke waren Männer zwischen 40—50 Jahren, bei denen das Leiden ganz allmählich sich entwickelt hatte. Dasselbe bestand, wie die vom Redner herumgereichten Photographien darthaten, in einer Hyperplasie des Unterhautfettgewebes, und zwar in allen 3 Fällen nur der Gegend des Nackens, des Rumpfes und der oberen Extremitäten. Das Fettgewebe war nicht etwa, wie man dies gewöhnlich beobachtet, in diffuser Weise verdickt und vermehrt oder an einer oder mehreren Stellen tumorartig angehäuft, sondern es waren teils die einzelnen Muskeln, teils zusammenhängende Muskelgruppen genau in den Grenzen ihrer Ausdehnung und Form von dem abnorm stark entwickelten Fettgewebe verdickt und umhüllt, so dass daraus bei oberflächlicher Besichtigung des Körpers der Anschein einer übermässig starken Entwicklung der Muskulatur sich ergeben konnte. Abgesehen davon aber, dass die Betastung die Fettgewebsnatur dieser Anschwellungen ergab, fiel auch schon bei näherer Besichtigung auf, dass die Contouren der scheinbar hyperplastischen Muskeln weicher, unbestimmter waren, etwa so, wie bei einer aus weichem Material geformten Statue im Beginne des Zerfliessens.

Die Kranken boten einen sehr eigentümlichen Anblick. Bei oft blasser Hautfarbe, magerem Gesicht, dünnen Beinen mit trockener, faltiger Haut zeigten sie einen Stiernacken und einen Umfang von Rumpf und Armen, deren sich der Farnesische Herkules nicht zu schämen brauchte.

Alle 3 Kranken boten Störungen in einzelnen von Fett umwucherten Muskelgebieten. Dieselben konnten nur bei einem derselben genauer klinisch und auch mikroskopisch (Probeexcision) untersucht werden. Ueber den gelähmten bezw. paretischen Muskelpartieen zeigte sich das vordem hyperplastische Fettgewebe wieder vermindert oder geschwunden, so dass die Muskeln als schlaffe atrophische Stränge erschienen. Fibrilläre Zuckungen wurden an denselben nie beobachtet, electrisch zeigte sich, was für die klinische Auffassung besonders wichtig, nirgends Entartungsreaction.

Bei der Probeexcision, welche ziemlich ausgiebig vorgenommen wurde, hatte man den Eindruck, wie wenn das Fettgewebe bei verdünnter bezw. geschwundener Fascie dem Muskel direct aufsässe. Die Muskelfasern waren im einzelnen nicht wesentlich verändert, das interstitielle Bindegewebe aber fettig infiltriert und die Muskelbündel dadurch auseinander getrieben. Wenn man sich von der Art der Entstehung der Muskelatrophie in diesen Fällen eine Vorstellung machen will, so wäre vielleicht die bisher bei gewissen Formen von Fettherz anatomisch angenommene Art, d. h. das Einwuchern des umhüllenden Fettes zwischen die Muskelbündel am wahrscheinlichsten. Sicheres wird sich erst, wenn in einem solchen Falle die Section gemacht sein wird, entscheiden lassen.

Die eigentümliche sich streng an die Form und Ausdehnung der Muskeln haltende Art der Hyperplasie des Unterhautzellgewebes in den fraglichen Fällen, legt übrigens die von Seiten der Normalanatomen, soweit Redner weiss, noch nicht eingehender berührte Frage nahe, ob nicht auch physiologisch eine nach dem Muskelverlauf sich richtende Anordnung des Unterhautfettgewebes besteht und vielleicht sogar an einzelnen besonders markanten Stellen septumartige Einrichtungen vorhanden sind.

In derselben Naturforscherversammlung, in der Madelung über den Fetthals berichtete, teilte auch Küster seine Erfahrungen mit über einen Fall von diffusem Lipom des Nackens und der Schultern, den er 8 Jahre hindurch beobachtet hatte. Aufeinander folgende Exstirpationen waren von gutem Erfolg begleitet, Rezidive blieben aus. Später trat mit beginnender Abmagerung auch ein Stillstand in der Lipomentwickelung ein. Der Patient war Alkoholist. Die Symmetrie in mehreren von Küster beobachteten

Fällen gab ihm die Ueberzeugung, dass die Lipome neuropathischen Ursprungs seien. Gleichzeitig stellte von Bramann zwei mit diffusen symmetrischen Lipomen am Nacken, Schultern, Oberarmen, Bauch und Oberschenkeln behaftete Alkoholiker vor.

Ausführliche Krankengeschichten sind im ganzen 55 bekannt, bei der grossen Häufigkeit der Lipome gewiss keine allzugrosse Anzahl. Die Seltenheit des Leidens bestätigen verschiedene erfahrene Beobachter. So bezeichnet Virchow den Zustand als eine „grosse Rarität“ und fügt weiterhin hinzu:

> „Der Zustand ist in neuerer Zeit mehrfach behandelt „worden, da eben von Zeit zu Zeit sich einmal ein solcher „Fall zeigt. Mir selbst ist seit länger als einem Dezennium „kein analog starker Fall vorgekommen.“

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle betrifft das Leiden das männliche Geschlecht. Der einzige, der von einer Frau mit Fetthals zu berichten weiss, ist Langer (Fall XII). Die 55jährige Magd, deren Abbildung vorliegt, zeigt eine kolossale Fettentwicklung, besonders am Rumpf und an den Extremitäten, während Nacken und Hals nicht ganz entsprechend starke Lipombildung aufweisen.

Zwischen dem 30 50. Jahre scheint das Leiden am häufigsten aufzutreten. Williams' zweiter Patient (Fall IV) bemerkte das Dickerwerden seines Halses bereits im 21. Lebensjahre. Das 60. Jahr scheint die Grenze zu sein, über die hinaus der Fetthals sich nicht mehr entwickelt Vor der Pubertätszeit ist ein Vorkommen gleichfalls noch nicht beobachtet worden.

Unter sämtlichen 55 Beobachtungen findet sich eine einzige, in der von hereditärer Belastung die Rede sein kann. Stolls Kranker (Fall VIII) erzählt, dass seine Mutter seit 10 Jahren eine schmerzlose, übereigrosse Geschwulst an der Schulter habe. Der Bruder der Mutter besitzt schon seit mehreren Jahren schmerzlose Geschwülste an denselben Stellen, wie er selbst. Alle übrigen

Patienten leugnen das Vorkommen jeder Geschwulstbildung und besonderen Fettentwicklung in ihren Familien.

Ob eine Anzahl von Krankheiten, welche gleichzeitig mit dem Fetthals bei einigen Patienten beobachtet wurden, in irgend welchem Zusammenhang mit ihm standen, ist unwahrscheinlich, wie auch Madelung betont. Siredey und Bouju sahen in ihren Fällen nervöse und rheumatische Beschwerden, ein Madelung'scher Patient war Tabiker. Der Zusammenhang tritt aber zu wenig hervor, als dass man weitergehende Schlüsse aus diesen Wahrnehmungen ziehen könnte. Ein nicht geringer Bruchteil fröhnte dem Alkoholgenuss, oft in sehr ausgedehntem Maasse. Während Virchow diesem Umstande in betreff der Lipombildung grössere Bedeutung zumisst, leugnet Madelung jeden Einfluss der Alkoholexcesse wenigstens bezüglich der Entstehung und Entwickelung des Fetthalses. „Es möchte doch unverständlich sein, wie Alkoholismus, ohne eine Störung im Centralnervensystem zu erzeugen, zur Lipombildung an einzelnen bestimmten Regionen der Körperoberfläche führen kann, mindestens in den Fällen (und hierzu gehören unsere), wo der Alkoholmissbrauch nicht zuerst allgemeine Obesitas erzeugte Uebrigens hat die Einschränkung im Alkoholgenuss, den mehrere der Patienten eintreten liessen, directen Einfluss auf Aenderung des Wachstums nicht gehabt." Letzteren Satz kann ich bestätigen; obgleich mein Patient (Fall I), der früher dem Alkohol in reichlichem Masse zusprach, dieser Gewohnheit völlig entsagt hat, sind die Lipome doch unverändert geblieben.

Meist waren es intercurrente Krankheiten, welche die Kranken zum Arzte führten; bei der Untersuchung wurde letzterer dann auch auf die Geschwülste aufmerksam Bisweilen aber verursachten die Nacken- und Halstumoren Beschwerden, die bedingt waren durch die räumliche Ausdehnung der Geschwülste. Atemnot, Schlingbeschwerden, sogar Erstickungsanfälle beobachtete Langer (XII). Sicks Patient (XIX) wurde „belästigt" durch seine Nacken-

tumoren und ein Kranker von Langer (XIV) liess die Exstirpation der Nackenlipome vornehmen, weil er „reissende Schmerzen" darin verspürte. Mein Patient klagt über Schwäche und Mattigkeit in den Armen, der Fetthals stört ihn nicht.

Der Ernährungszustand der Kranken ist verschieden. Besondere Neigung zu starker Fettleibigkeit ist selten, dagegen wurde verhältnismässig oft auffallende Magerkeit gefunden. Curschmann hat in seinen 7 Beobachtungen blasse Hautfarbe und mageres Gesicht wahrgenommen. Ferner constatierte er auffallende Schwäche in den von der Fettentwickelung betroffenen Muskeln, sowie Herabsetzung bezw. Fehlen der electrischen Erregbarkeit, niemals aber Entartungsreaction.

Das Wachstum der Geschwülste geht sehr langsam vor sich. Madelung erwähnt allerdings einige Beobachtungen, nach denen das Leiden sich in $^3/_4$—$1^1/_2$ Jahren völlig entwickelt hatte; auch mein Patient behauptet, dass seine Geschwülste sich in Jahresfrist ausgebildet hätten. Im allgemeinen aber gehen Jahre darüber hin. Bisweilen wurden die Kranken erst bei der ärztlichen Untersuchung auf die Tumoren z. B. der Oberschenkel aufmerksam. Gewöhnlich entwickeln sich zuerst die Hals- und Nackengeschwülste, vorzugsweise die hinter den Ohren, zuerst auf der einen, nach Jahren oft erst auf der entgegengesetzten Seite.

Madelung betont die ausserordentlich typische Gestaltung des Fetthalses. Seine Schilderung desselben deckt sich vollständig mit den neueren Beobachtungen. Eine dem Verlaufe der Halswirbelsäule entsprechende oben tiefere, unten seichte Furche und ein quer verlaufender, tiefer Einschnitt in der Höhe des 4. Halswirbels lassen im Nacken vier Fetttumoren unterscheiden, die in Form eines schiefen Kreuzes (×) gelagert sind. Die beiden oberen, kleineren Lipome grenzen nach oben an die Linea semicircularis externa des Hinterhauptbeins, überdecken beiderseits die Warzenfortsätze, bleiben dagegen vom Ansatze der Ohrmuscheln 1–2 cm entfernt. Der erwähnte tiefe Quereinschnitt trennt sie von einer

mächtigeren Geschwulst, die in der Höhe des 6. und 7. Halswirbels zu beiden Seiten der Wirbelsäule liegt und mit ihren unteren Polen nicht selten die Spinae scapularum erreicht. Madelung vergleicht das Bild, das sich dem hinter dem Kranken stehenden Beobachter darbietet, treffend mit dem Anblick, den die Corpora quadrigemina gewähren. Die verschiedenen Abbildungen veranschaulichen dies sehr deutlich. Eine deutliche Grenze gegen das umgebende Gewebe ist nicht vorhanden, diffus geht das Fettgewebe in die Umgebung über

Gleich typisch gestaltet sich das Bild der vorderen Halsseite. Je nachdem der Kopf gebeugt oder erhoben wird, hat man bald den Anblick eines Doppelkinnes, bald eines grossen Kropfes (Siredey). Getrennt sind die Fettmassen wiederum durch eine seichte am Unterkiefer beginnende mediane Längsfurche. Sie reichen oft tief nach unten; so fand Williams in einem Falle die untere Grenze in der Höhe der Brustbeinmitte. Sehr selten überschreiten die diffusen Massen den Rand des Unterkiefers; Ausnahmen bilden zwei Fälle von Langer (XIII, XV), in denen die Geschwulst über den Unterkiefer in die Regio parotidea ging bezw. vor den Ohren über den Jochbögen pflaumengrosse, nicht abgegrenzte Tumoren lagen. Die Bemerkung von Williams, dass in einer seiner Beobachtungen (III) die Wangen ohne Trennungslinie sich in die Geschwulst fortzusetzen schienen, deutet auf eine jenen Fällen ähnliche Erscheinung.

Die Autoren, welche Gelegenheit hatten, die excessiven Formen des Fetthalses zu beobachten, (Virchow, Langer, Siredey, Bouju u. a.) heben das eigentümliche Aussehen hervor, durch das ihre Patienten sich auszeichneten. Das Haupt sitzt gleichsam auf den Tumoren, die den Hals nach Art einer Krause, eines Rahmens umgeben. Das Gesicht erscheint klein den starken Massen gegenüber. Die Seitenansicht zeigt das mächtige Doppelkinn und den Stiernacken.

Am Nacken und Hals allein finden sich die Fettmassen selten. Die Nackengegend erweist sich als ein Centrum, von dem

aus nach allen Richtungen eine Wucherung ausgegangen ist, wie, wenn eine regelmässige Uebertragung von Schicht zu Schicht, eine Art Contagium stattgefunden hätte (Virchow). Oberarme, Schultern, Brust, Rücken, Bauch und Oberschenkel zeigen in mehr oder weniger hohem Grade die gleiche diffuse Fettentwickelung, wie Hals und Nacken. Die Formation der Oberarme in diesen Fällen vergleicht Virchow passend mit einem spanischen Wamms. „Wie auswattiert", lautet eine andere Bezeichnung. Seltsam contrastiert zu den herkulisch aussehenden Oberarmen und Oberschenkeln die relative Magerkeit der Unterarme und Unterschenkel, die meist völlig von der Lipombildung verschont bleiben. An der vorderen Thoraxwand gestalten sich die Fettmassen zu Pseudodrüsen, am Bauche zeigen sich breite Fettwülste im Verlauf der Musculi recti. Auch die Leistengegend weist bisweilen Lipome auf. Ein wichtiges Moment in der Anordnung der Fettwülste ist die auffallende Symmetrie, die niemals fehlt.

Nach Curschmann halten sich die Fettmassen genau an die Form und Ausdehnung der Muskeln (trapezius, rectus abdominis, deltoideus, biceps, triceps); er deutet an, dass vielleicht auch physiologisch eine nach dem Muskelverlaufe sich richtende Anordnung des Unterhautfettgewebes besteht. Was meine Beobachtung anbetrifft, so habe ich dies Verhalten nur für die Lipome über den Mm recti abdominis feststellen können; an den übrigen Körperteilen war es nicht möglich, die, wie Curschmann selbst sagt, „weichen und unbestimmten" Conturen der „scheinbar hyperplastischen" Muskeln abzutasten. Die übrigen Autoren, auch Madelung, erwähnen nichts der „Lipomatosis perimuscularis circumscripta" Aehnliches in ihren Schilderungen. Damit ist nicht gesagt, dass Curschmanns Angaben unwahrscheinlich wären; vielmehr glaube ich, dass ausser ihm noch kein Beobachter das Verhalten des Muskelverlaufes zu den Fettansammlungen bisher beachtet und die Fälle darauf genauer untersucht hat. Erst eine genaue und gründliche Section würde genügenden Aufschluss

geben. Leider war es in meinem Falle nicht möglich, über den Zusammenhang zwischen Muskelverlauf und Fettbildung genaueres festzustellen; der private Character der Section liess eine ausgedehnte Exstirpation der Weichteile der Nackengegend nicht zulässig erscheinen. Jedenfalls aber ist nicht zu zweifeln, dass Curschmanns „Lipomatosis" völlig identisch ist mit dem Madelungschen Fetthals. Das äussere Verhalten wie die pathologisch-anatomischen Befunde bei beiden stimmen völlig überein.

Die Haut über den Tumoren zeigt wechselndes Verhalten. In einigen Fällen (II und XVII) war sie gerötet und empfindlich, in anderen fühlte sie sich kälter an als die umgebende Haut; in Virchows Falle hatte sie ein kupfriges Aussehen. Diese Befunde lassen sich erklären durch eine Störung in der oberflächlichen Blutcirculation. Niemals, auch bei stärkster Fetthalsentwicklung, trat Ulceration ein. Riedel hat auf Grund seines (nicht operierten) Falles und die Betrachtung der Brykschen Abbildung angenommen, die Fettmassen lägen subfascial. Dem widerspricht Madelung entschieden gestützt auf seine Operationsbefunde. Wie er, so fanden auch Bryk, Langer, Sick u. a., die Gelegenheit zur Operation hatten, die Haut aufs innigste mit den Geschwülsten verbunden, so dass es Schwierigkeiten machte, beide von einander zu trennen. Plettner*), der über eine Casuistik von 102 Fällen von subfascialen Lipomen verfügt, hebt ausdrücklich hervor, dass in keinem Falle von einem diffusen Lipom die Rede sein konnte. Das letztere geht eben immer aus vom Fette des Unterhautzellgewebes. Die Palpation der Geschwulst ergab in allen Fällen Unverschieblichkeit der Haut über derselben. Wäre kein engerer Zusammenhang zwischen beiden vorhanden, so müsste sich die Haut, wie in fast allen Fällen von circumscripten Lipomen deutlich verschieben und aufheben lassen. Bisweilen fühlt man durch die Haut hindurch straffe Bindegewebszüge. Beim Anspannen

*) Beitrag zur Kenntnis der tiefgelegenen (subfascialen) Lipome. J. D. Halle-Leipzig 1889.

der Haut entstehen die characteristischen Einziehungen. Die Lappung ist verschieden deutlich durchzutasten.

Schon die immer zu beobachtende Unverschieblichkeit der Geschwulst über dem unterliegenden Gewebe, ihre mangelhafte Abgrenzbarkeit gegen die Umgebung deuten darauf hin, dass auch in der Tiefe die Verbindung zwischen dem normalen Gewebe und der Geschwulst eine engere sein muss, als bei den circumscripten Lipomen. Die vorliegenden Operationsberichte bestätigen dies in völlig übereinstimmender Weise. Insgesamt betonen sie die Schwierigkeiten, welche die Lösung der Geschwulste von der Unterlage machte. Eine Ausschälung auf stumpfem Wege war niemals möglich, mit Messer und Scheere musste oft unter Zurücklassung beträchtlicher Fettmassen die Geschwulst ausgetrennt werden. Eine Kapsel ist nicht vorhanden, gleich einer malignen Geschwulst durchdringt das Fett die Fascien und Muskeln. Madelung vergleicht den Durchschnitt eines derart von Fett durchwucherten Muskels anschaulich mit dem Durchschnitt einer Speckseite, Marçais hebt den Gegensatz zwischen dem Rot der Muskelbündel und dem Gelb der Fettstreifen hervor, Curschmann zieht das Aussehen des Durchschnittes eines Fettherzens zum Vergleiche heran. Die Consistenz des Fettes ist fast immer dieselbe, wie die des Unterhautfettgewebes; nur in einem Falle von Sick (XX) waren die oberen Nackentumoren so hart, dass beim Durchschneiden das Messer knirschte. Einige Male war der Blutverlust gering, andere Male waren wieder zahlreiche Unterbindungen nötig. „Ich habe ziemlich grosse Erfahrung in der „Exstirpation von Halstumoren: ich muss aber gestehen, dass ich „kaum je grössere Schwierigkeiten betreffend die so nötige „Orientierung über die Lage der grossen Gefässe und Nerven „angetroffen habe, als bei dieser Operation. Nach der Exstirpation „glich die Wunde durchaus einem nicht sehr sauber gearbeiteten „anatomischen Präparate, in dem Muskeln, Gefässe und Nerven „als völlig freigelegte Stränge dalagen (Madelung)."

Im Gegensatz zu Grosch, dessen Theorie weiter unten Erwähnung findet, leugnet Madelung jeden Zusammenhang zwischen der allgemeinen Fettleibigkeit und dem diffusen Lipom. „Niemals „wurde der fette Hals eines selbst an höchstgradigster allgemeiner „Obesitas Leidenden, der als Fetthals beschriebenen Abnormität „in seiner äusseren Form, in seinem inneren Bau auch nur an„nähernd ähnlich.“ Wäre das diffuse Lipom nichts weiter als eine partielle Obesitas, so müsste hochgradige Abmagerung, die sich z. B. bei meinem Patienten entwickelt hat, doch auf den Fetthals irgend eine Wirkung ausüben, das ist aber kaum constatiert worden. Nur Küster meint, dass in seinem Falle die Abmagerung einen Stillstand in der Geschwulstentwicklung zur Folge gehabt habe.

Von Interesse sind Virchows Ausführungen über das diffuse Lipom, die er im Anschluss an die Vorstellung Druwes machte.

„Für die allgemeine Theorie der Geschwulstentwicklung hat „diese Form etwas besonders Interessantes, weil sie gewisser„massen die Mittelform darstellt zwischen der eigentlichen Ge„schwulstbildung mit ihrer mehr umgrenzten Sphäre und jenen „grossen, über ganze Regionen des Körpers sich erstreckenden „diffusen Entwicklungen, die man nicht immer Geschwülste nennt.“

„Ich erinnere mich noch sehr lebhaft daran, dass ich, als „ich meinen ersten Band der „Geschwülste“ publicierte, bei den „Chirurgen beinahe einen Sturm der Entrüstung hervorrief, dass „ich unter den Geschwülsten eine Reihe von diffusen Zuständen „abgehandelt hätte, welche die Chirurgen bis dahin nicht als Ge„schwülste betrachtet hätten und nicht so nannten. Es ist unge„fähr ein Gegensatz, wie wenn man ein Fibrom mit einer Ele„phantiasis vergleicht. Ich erkenne gern an, dass die Elephantiasis „eigentlich keine Geschwulst ist, aber ich behaupte, sie sei ge„schwulstartig. Es ist sehr schwer, eine absolute Grenze zu „ziehen zwischen diffusen und umschriebenen Formen. Das ist in „ebenso ausgezeichneter Weise der Fall bei diesen Fettgeschwulst-

„bildungen, die zwischen Lipom und Polysarcie in der Mitte „stehen Man weiss in der That nicht, was mehr berechtigt sein „würde, ob man einen solchen Fall Polysarcie nennen soll oder „Lipom. Von der Polysarcie unterscheidet er sich dadurch, dass „ganze Teile des Körpers nicht dabei beteiligt sind, und dass die „Wucherung einen höchst eigentümlichen, progressiven Charakter „hat. Von dem Lipom unterscheidet er sich dadurch, dass das „Fett nirgends in Form einer abgegrenzten Entwicklung aufge- „treten ist Ich will das an einem Beispiel erläutern: Eine „analoge, ebenfalls höchst sonderbare Form ist die Myositis „ossificans, von der sich allmählich eine grössere Zahl von Fällen „sammelt; nach und nach schreitet hier die Ossification über grosse „Teile des Körpers fort, während sie nur an gewissen Stellen sich „stärker entwickelt und da genau das Nämliche leistet, was wir „sonst mit dem Namen eines Osteoms belegen. Wo die Grenze „zwischen Osteom und starker Ossification liegt, ist schwer zu „sagen. Das ist alles, was ich meinerseits im Augenblick zu be- „merken habe. Ich will nur noch sagen, dass irgend welche be- „sondere Symptome allgemeiner Natur, besondere Formen des „Krankseins nach der Angabe des Mannes an ihm nicht hervor- „getreten sind, und dass der Process in neuerer Zeit verhältnis- „mässig schnell fortschreitet "

Die beste Therapie ist die totale oder partielle Exstirpation der Geschwülste. Ausser in zwei Fällen, in denen Gangrän der Haut eintrat, war der Wundverlauf ein günstiger, Rezidive sind mit Sicherheit nicht beobachtet worden.

Abgesehen von kleinen Abweichungen betreffend die Heredität und das Geschlecht, kann man auf Grund der neueren Beobachtungen Madelungs Angaben in vollem Umfange bestätigen. Er hat uns in dem Fetthals eine Krankheitsform kennen gelehrt, die, von absolut benignem Charakter, gekennzeichnet ist durch eine diffuse, alle Gewebe durchdringende symmetrische Fettentwicklung an Hals und Nacken, nicht so regelmässig an andern Körperteilen.

Madelung wirft in seiner Arbeit naturgemäss die Frage nach der Entstehung des eigentümlichen Leidens auf. Traumatische Einflüsse spielen in der Aetiologie des diffusen Lipoms keine Rolle. Nach einem habituellen Trauma beobachtet man ja nicht selten die Entwicklung von circumscripten Lipomen. So ist mir ein alter Herr zu Gesicht gekommen mit zwei genau symmetrischen abgegrenzten Lipomen über der Mitte beider Schlüsselbeine; der Patient gab an, dass genau an diesen Stellen die Stäbe gelegen hätten, mit denen er früher Jahre lang Fleisch befördert hatte. Unter den 55 beobachteten Fällen von Fetthals ist nur einer (XVI), in welchem der Kranke angiebt, sein Leiden durch Tragen von Balken erworben zu haben. Schmidt, der ihn beschreibt, spricht aber dieser Annahme jede Wahrscheinlichkeit ab. Gleichfalls kann ein Schwund der Schilddrüse nicht die Ursache sein. Man müsste sonst mit dem Fetthals auch Cretinismus beobachten und bei den Cretins, die an Schilddrüsenatrophie leiden, öfters Fetthals finden. Madelung selbst hat diese seine erste Ansicht bald aufgegeben. Baker und Bowlby vermochten ihre Behauptung, dass Lymphdrüsenerkrankungen im Spiele seien, durch den Nachweis solcher nicht zu stützen.

Dass auf örtlich beschränkte Neurosen hin die Bildung von circumscripten Lipomen folgen kann, bestreitet Madelung nicht. Er selbst weiss von zwei derartigen Fällen zu berichten, in denen nach Contusionen zugleich mit nervösen Störungen auch circumscripte Lipome auftraten. Aber für den Fetthals will er vorläufig von einer Störung des Nervensystems nichts wissen.

Die Symmetrie in der Anordnung, nicht nur der diffusen, sondern auch einer grossen Anzahl multipler circumscripter Lipome ist zu auffallend, als dass nicht schon längst verschienene Beobachter auf den Gedanken gekommen wären, die Entstehung der Lipome sei begründet in einer Alteration des Nervensystems. So konnte sich Küster in seinem Falle von Fetthals, den er jahrelang beobachtete, dieser Ansicht nicht verschliessen. Fassbare Gestalt und wissenschaftliche Begründung erlangte der Gedanke jedoch

erst durch eine umfassende Arbeit von Grosch, dem verstorbenen Assistenten von Wahls, über das Lipom, in der er versuchte, auch die bisher noch dunkle Aetiologie der Lipome klarzustellen.*) Freilich weicht die Theorie, zu der er gelangt, erheblich ab von den bisher bekannten Hypothesen.

Entgegen Virchow, der einen irritativen Zustand im Fettgewebe als Ursache der Fettgeschwulst annimmt, und Cohnheim, der sie wie alle anderen Geschwülste auf „persistierende embryonale Keimanlagen“ zurückführt, liefert Grosch den Nachweis, dass die Lipome sich nicht regellos über den Körper verteilen, sondern einen streng gesetzmässigen Typus der Localisation einhalten. An der Hand einer Casuistik von 716 Lipomfällen stellt er fest, dass gewisse Regionen des Körpers stärker zur Lipombildung disponiert sind als andere, so z. B. Hals und Nacken mehr als der Rumpf und die Extremitäten, ferner die oberen Abschnitte der Extremitäten mehr als die unteren. Dieses Verhalten ist begründet in der Verteilung der Hautdrüsen, der Talg- und Schweissdrüsen. Zahl und Ausbreitung der ersteren bestimmt er nach der Verteilung des Haarwuchses und kommt zu dem Schluss, dass die Dichtigkeit der Geschwulsteruption an den verschiedenen Hautstrecken im umgekehrten Verhältnis steht zur Dichtigkeit des Haarwuchses bezw. der Zahl der Talgdrüsen. Das gleiche Verhältnis besteht zwischen der Topographie der Schweissdrüsen und der Localisation der Lipome. Damit wird also die Localisation aller Lipome bestimmt von dem relativen Drüsengehalt der verschiedenen Hauptgebiete, indem die Disposition zur Geschwulstbildung im umgekehrten Verhältnis steht zum Drüsenreichtum. Die drüsenreichen Gebiete (Kopf, die unteren Abschnitte der Extremitäten, namentlich Hohlhand und Fusssohle, alle Gelenkbeugen, die medialen Extremitätenflächen, der Mons veneris, das Perineum, die Afterspalte) zeigen weniger Neigung zur Lipombildung, als die drüsenarmen Gebiete (Rücken,

*) Grosch, deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 26, 1887, S. 307.

Schultern, die oberen Abschnitte der Extremitäten, namentlich der Oberarm).

Die Menge der secernierenden Schweiss- und Talgdrüsen, die, wie Grosch annimmt, gemeinsam hauptsächlich der Fettabsonderung dienen, steht aber auch in engem Zusammenhang mit der Anordnung des Fettes im Normalzustande sowohl wie bei der Obesitas. Je mehr Fett von den Hautdrüsen an die Oberfläche befördert wird, desto geringer muss auch der Fettreichtum an der Stelle sein; daher sind die drüsenreichen Gebiete fettarm, die drüsenarmen aber fettreich. Es besteht hier also das gleiche Verhältnis der Drüsengebiete zu der Obesitas wie zu den Lipomen. Damit entspricht die Localisation der Lipome der Anordnung des Fettes bei der Obesitas. Lipombildung und Obesitas sind nach Grosch „pathologische Erscheinungen, die sich zwar nach der formalen Seite von einander merklich unterscheiden, jedoch ihrem Wesen nach völlig identisch sind. Eine Reihe von Lipomen ist einfach als Teilerscheinung der „allgemeinen Polysarcie zu betrachten.“ Die Thatsache nun, dass auch bei fettarmen Leuten sich häufig Lipome entwickeln, leitet Grosch her von einer Störung der Secretionscentren im Sinne einer Secretverminderung. Die multiplen Lipome entstehen auf Grund einer partiellen Störung der Secretionscentren in der Medulla oblongata, die solitären auf neuropathischer Grundlage als Product einer Trophoneurose der Haut, „deren Ursache dann aber entweder „in einer äusseren, die Haut direct treffenden Schädlichkeit zu „suchen wäre oder in die entsprechenden secretorischen Leitungs„bahnen selbst hineinverlegt werden müsste.“

Gegen diese „Drüsentheorie“ Groschs wurden bald Einwendungen gemacht. Riedel*) hielt sie wohl für ausreichend die Polysarcie zu erklären, nicht aber die Bildung circumscripter Geschwülste. Plettner**) machte ihr den Vorwurf, dass das Ausbleiben von Rezi-

*) Köttnitz, D. Zeitschrift für Chir. Bd. 38, S. 118.

**) Plettner, Tiefgelegene Lipome J. D. 1889. Leipzig-Halle.

diven und das Entstehen tiefliegender Lipome durch sie nicht erklärt werde. Ausführlich hat sich Koettnitz*) mit ihr beschäftigt und strenge Kritik geübt. Mit Hilfe anderer Casuistiken und seiner eigenen, die allerdings kleiner als die Groschsche sind, weist er nach, dass von einer streng gesetzmässigen Localisation der Lipome keine Rede sein könne.

„Man betrachte nur einmal die Gruppierung und Verteilung „unserer Tumoren. Von allen Körperstellen bildet der Hals die „Prädilectionsstelle κατ' ἐξοχήν. Hals, Nacken, ja das Hinterhaupt „bis zur Linea semicircularis werden in auffallender Weise bevor-„zugt; dann folgen Oberarm, Rücken, Oberschenkel und Bauch, „dann Brust, Vorderarme und dann die Schamgegend. In manchen „Fällen ist nur der Hals, in einigen sind nur die Extremitäten, „in einzelnen sogar nur die Gelenke befallen. Man vergleiche nun „damit Groschs Schema der Localisation. Manche Fälle passen „ganz gut zu diesem Schema; es handelt sich durchweg um die „diffuse Form der Lipome in diesen Fällen. Aber die meisten „Beobachtungen — und hier sind meist die circumscripten Tumoren „vorherrschend — vor allem die Fälle, wo nur die Extremitäten, „nur die Gelenke, nur der Hals befallen sind, lassen sich nicht gut „einreihen."

Den Satz Groschs, dass die Localisation der Lipome im umgekehrten Verhältnis stehe zum Drüsenreichtum, weist Koettnitz zurück. Nach ihm gehört der Hals, den Grosch für einen Lieblingssitz der Lipome erklärt, zu den drüsenreichsten Gebieten des Körpers, müsste nach der Drüsentheorie also lipomarm sein. Vor allem aber passen die multiplen und symmetrischen Lipome nicht in das Schema. Nach den Zusammenstellungen von Meerbeck, von Lutzau und Koettnitz selbst werden die Extremitäten, vor allem die Vorderarme, die zu den drüsenreichsten Körperteilen gehören, auffallend oft und dicht befallen. Ferner wird bei Fetthälsen meist

*) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 38, 1894. S. 75. Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen.

auch das behaarte, drüsenreiche Hinterhaupt bis zur Linea semicircularis, ergriffen und nicht weniger oft finden sich Lipome in der Scham- und Leistengegend, beides Gegenden, die sich durch Drüsenreichtum auszeichnen.

Koettnitz hält für die Ursache der Lipombildung gleichfalls eine Trophoneurose, leugnet aber den Zusammenhang derselben mit den Hautdrüsen. Beweisend sind ihm dafür die Symmetrie der Anordnung, sowie das Befallensein von Gegenden, die sonst nicht als Prädilectionsstellen zu bezeichnen sind.

Wenn Koettnitz die Behauptung aufstellt, dass das Groschsche Schema sich besser auf die diffusen als auf die circumscripten Lipome anwenden lässt, so muss ich auf Grund meiner Casuistik beipflichten. Sie zeigt Hals und Nacken bei weitem am häufigsten befallen, ihnen zunächst stehen Rücken und mit etwas geringerer Frequenz die vordere Rumpffläche, dann folgen Oberarme, Schultern und mit einer auffallend geringen Zahl von Lipomen die unteren Abschnitte der Extremitäten, sowie das Gesicht. Dagegen ist im Widerspruch mit Groschs Angabe die behaarte Kopfhaut, wenigstens von der Linea semicircularis nach abwärts auf gleiche Stufe mit Hals und Nacken in Bezug auf die Lipomfrequenz zu stellen.

Wie weit die Annahme einer Trophoneurose hinreicht, um die Entstehung des Fetthalses zu erklären, vermag ich nicht zu entscheiden. In einigen Fällen (V. VI. VII.) waren ja heftige nervöse Beschwerden festzustellen; ob dieselben aber in irgend welcher Beziehung zu den Lipomen gestanden haben, ist zum mindesten unwahrscheinlich. Erst nachdem die Lipome jahrelang bestanden hatten, bildete das nervöse Leiden sich heraus. Schottmüller*) sucht den Nachweis zu erbringen, dass zwischen dem Fetthals und der Verzweigung der sensiblen Aeste des Plexus cervicalis ein Zusammenhang bestehe, indem der Fetthals sich genau in den Verlaufsbahnen derselben entwickle; und zwar bestehe eine Störung der

*) Schottmüller, Ein Fall von diffuser Lipombildung. J. D. Greifswald 1893. (Druwe, s. Fall XVII.)

Gefässnerven, die in den Bahnen der sensiblen cerebro-spinalen Nerven verlaufen. Dieser Anschauung mangeln aber genügende Stützen.

Einen ablehnenden Standpunkt gegenüber der Lehre von der Lipombildung durch centrale Nerveneinflüsse nimmt Unna ein. Er kann sich nicht vorstellen, dass eine so stationäre, bleibende Erkrankung auf Nerveneinflüsse sich zurückführen lassen könne. Seine Anschauungen über die Entstehung der Lipome sind überhaupt so eigenartig und offenbar so wenig beachtet (ich habe sie nirgends erwähnt gefunden in der mir zur Verfügung stehenden Lipomlitteratur), dass ich sie an dieser Stelle erwähnen möchte.

Während Toldt eigene „Fettkörper", d. h. nach Art von Drüsenzellen specifisch wirkende Bindegewebszellen annahm, die zur Fettbereitung dienen, sind nach Flemming sämtliche Bindegewebszellen, vorzugsweise aber diejenigen der Blutgefässadventitien der fettreichen Körperteile imstande, aus der sie umspülenden fetthaltigen Lymphe Fett aufzuspeichern und sie zu Fetttropfen zu verarbeiten, „etwa wie Hämoglobin von ihnen aufgenommen und zu Pigment verarbeitet werden kann." Die Unvollkommenheit dieser Theorie, die „Launenhaftigkeit" der Fettansammlung, ihre Vorliebe für gewisse Hautstellen, nicht erklären zu können, sucht Unna zu beseitigen durch seine „Stauungstheorie".*)

Die Grundpfeiler der Unna'schen Theorie sind einmal die histologische Thatsache, dass von der Umgebung der Knäuel-(Schweiss-)drüsen eine Fettstrasse in Form freier Fetttröpfchen und kleiner isolierter Fettzellen zum nächsten Fettdepot führt, andererseits die klinische Beobachtung, dass allgemeine Fettleibigkeit stets begleitet ist von starker, öliger Hyperidrosis. Als Fettbildner sieht Unna vorzugsweise die Schweissdrüsen, weniger die Talgdrüsen an. Hierfür führt er anatomische Befunde als Beweise an. Beim Ekzema seborrhoicum crustosum capitis der Neugeborenen

*) Orth, Lehrbuch der spec. path. Anatomie, Lief. 8. Abschnitt Hautkrankheiten, bearb. von P. G. Unna. 1894. S. 918.

sind nach Unna nur die Knäueldrüsen bei der Bildung der fettigen, bröckligen Krusten thätig, da die Talgdrüsen noch nicht genügend entwickelt sind und überdies nicht das geringste Zeichen von Hypersecretion erkennen lassen.*) Während ferner bei der Akne die Talgdrüsen mit den Follikeln durch Hornpfröpfe verstopft sind, fungieren die Schweissdrüsen gut; es besteht sogar oft eine Hyperidrosis oleosa.**)

Da nun aber eine Steigerung der Fettzufuhr aus den Knäueldrüsen nicht hinreicht, um alles zu erklären, so nimmt Unna für die Mehrzahl der Fälle eine Stauung der fetthaltigen Lymphe an. Dieselbe findet schon physiologisch statt, indem der im Unterhautzellgewebe circulierende Gewebssaft weniger auf dem Lymphwege, als vielmehr durch die Venen des Hypoderms zum Blute zurückkehrt. Damit ist natürlich immer eine Lymphfiltration verbunden, durch welche das die Blutgefässe umhüllende adventitielle Bindegewebe so reich an Fetten wird, dass diese als ein Reiz zur Fettbearbeitung auf die daselbst befindlichen gewöhnlichen Bindegewebszellen wirken. Also aus dem rückfliessenden Gewebssaft, nicht direct aus dem Blute erhalten die Perithelien der Gefässe ihren Fettzufluss. Damit erklären sich die Fettlosigkeit der Augenlider, des Scrotums, der Glans (alle sind reichlich mit Lymphgefässen versehen, die für genügende Sätteabfuhr sorgen), ferner das Vorkommen von Lipomen an Druckstellen und Narben durch Obliteration von Lymphstämmen und Venen. Die allgemeine Obesitas erklärt sich Unna aus einer erhöhten Thätigkeit der Schweissdrüsen.

Natürlich hören nach Unna's Anschauung die Lipome auf Proliferationsgeschwülste zu sein; sie rücken in die Reihe der Stauungsgeschwülste ein, zu den Cysten und Angiektasien.

---

*) Orth, l. c. S. 243.

**) Orth, l. c. S. 348.

Das Mikroskop bestätigte Unna's Anschauungen. Einmal fand er, dass zwischen den Fettzellen des Lipoms und denen der normalen Haut kein Unterschied besteht, ferner, dass die Fettzelle als solche keine mitotische Teilung aufweist, die Vermehrung des Fettes also nur durch Aufnahme des Fettes seitens der umgebenden Bindegewebszellen zustande kommen kann. Im Laufe der Zeit beginnt das vorhandene Bindegewebe somit zu schwinden, es bilden sich Läppchen und Lappen, welche durch schmale Bindegewebszüge geschieden sind. Gleichzeitig verschwinden auch die Blutgefässe und mit der völligen Gefässverödung fällt nach Unna dann auch das Aufhören des Wachstums des Tumors zusammen.

Einen centralen Einfluss auf die Entstehung der Lipome in Gestalt einer local veränderten Drüsenfunction leugnet Unna, wie schon oben erwähnt ist. In dem einzigen Falle von symmetrischen Lipomen, der ihm zu Gesicht gekommen ist, hat er keine Veränderung der Drüsenfunction gefunden. Dagegen deutet er an, dass Hindernisse in der Lymphzufuhr bisher nicht die Beachtung gefunden haben, die ihnen vielleicht in Betreff der Lipomentwickelung zukommt.

Bislang sind wir noch weit davon entfernt, eine in allen Teilen ausreichende Erklärung für die Entstehung der Lipome zu besitzen. Alle bisher aufgestellten Hypothesen erweisen sich als unzureichend.

Meinem verehrten Chef und Lehrer, Herrn Kreisphysikus Dr. Guder, spreche ich für die Ueberlassung des Falles meinen herzlichsten Dank aus.

Lebenslauf:

Ich, Heinrich August von Oiste, evang. Confession, bin geboren am 8. März 1871 als Sohn des Kaufmanns H. von Oiste zu Geestemünde (Hannover), besuchte 1877 - 1879 die Volksschule meiner Heimatstadt und trat 1880 in die Sexta des Progymnasiums zu Geestemünde ein. 1888 bezog ich das Gymnasium zu Bremerhaven, das ich mit dem Zeugnis der Reife 1890 verliess, um mich in Marburg dem Studium der Medicin zu widmen. Ostern 1892 bestand ich das Tentamen physicum. Von Michaelis 1892 bis Ostern 1895 in Berlin immatriculiert, studierte ich im Sommer-Semester 1895 wieder in Marburg und bestand dort am 9. März 1896 die medicinische Staatsprüfung und am 18. März das Examen rigorosum. Nach ½jähriger Thätigkeit als Assistent des Kreisphysicus des Kreises Wittgenstein (Westfalen) Herrn Dr. Guder bin ich jetzt in Geestemünde als practischer Arzt thätig.

Meinen verehrten Lehrern
in Marburg: Ahlfeld, A. Barth, Behring, von Büngner, C. Fränkel Gasser, Goebel, Greeff (†), Kohl, Külz (†), Küster, Mannkopff, Marchand, Melde, Meyer, Müller, Plate, Strahl, Uhthoff, Zincke, Zumstein.
in Berlin: von Bardeleben (†), Behrend, von Bergmann, Jolly, Klemperer, Krause, von Leyden, Liebreich, Olshausen, Rübner, Schweigger, Schimmelbusch (†), Senator, Silex, Virchow, Winter,
spreche ich an dieser Stelle meinen Dank aus.